This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

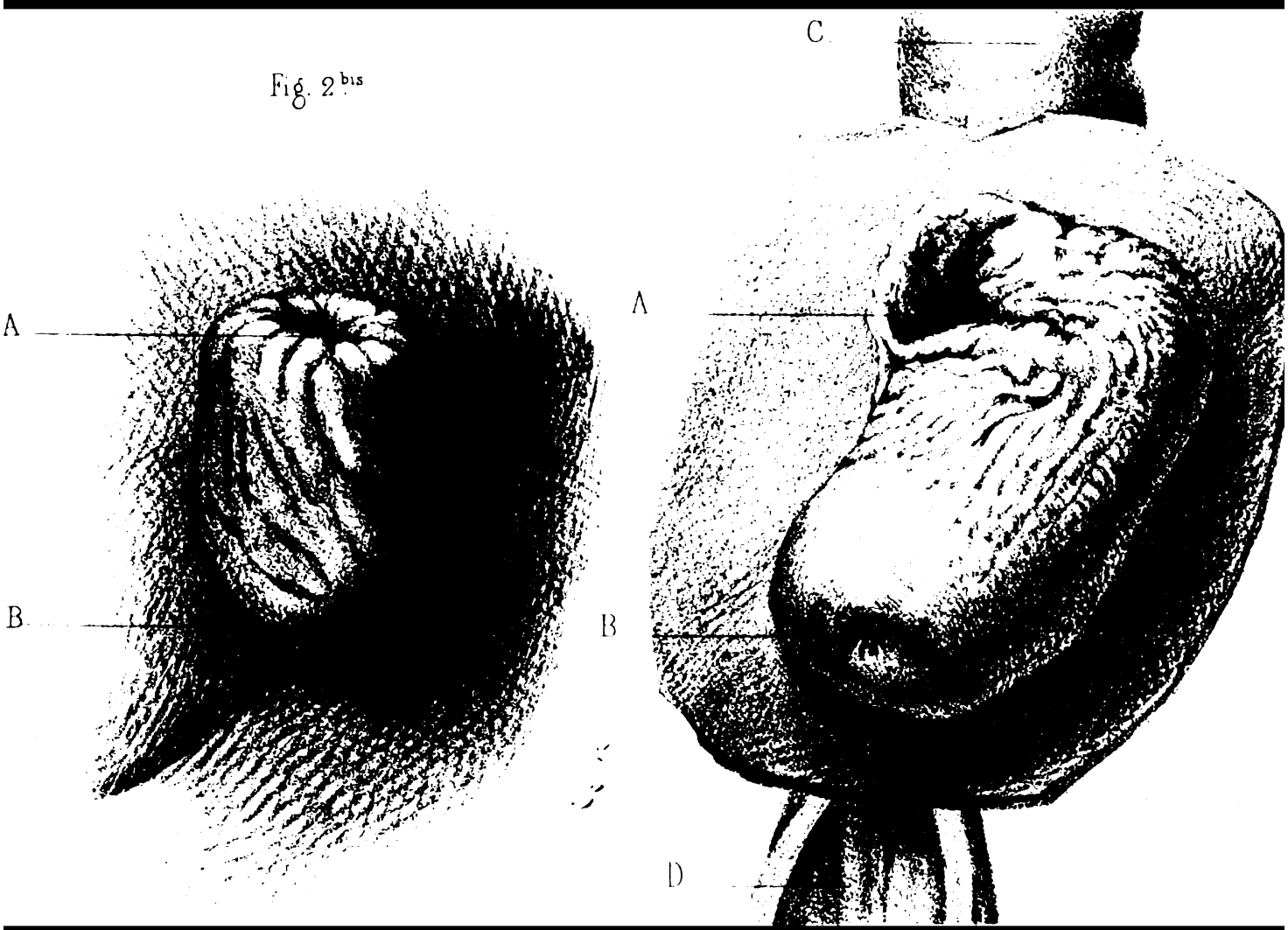
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

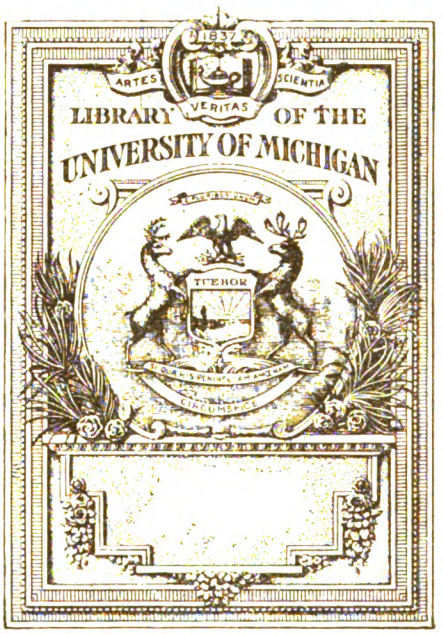
Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`



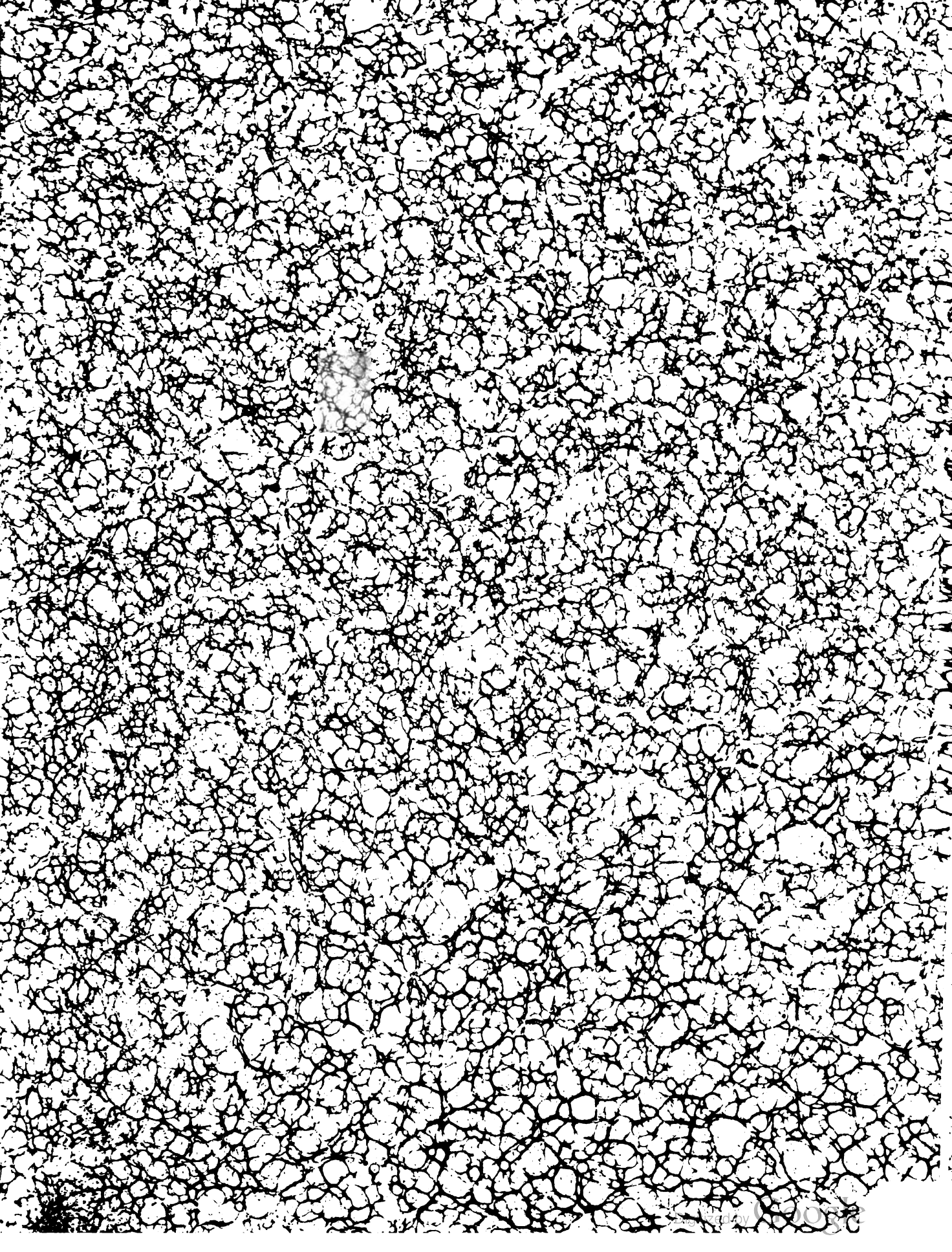
Mémoires

Académie nationale de médecine (France)

Digitized by Google



Digitized by Google



Digitized by Google

610.5
A16
M5m

Digitized by Google

Digitized by Google

MÉMOIRES

DE

L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

TOME VINGT-TROISIÈME.

Digitized by Google

LIBRAIRIE DE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE, publié par les soins de la commission de publication, sous la direction de MM. *Fr. Dubois*, secrétaire perpétuel, et *Depaul*, secrétaire annuel.

Ce Bulletin *officiel* rend un compte exact et impartial des séances de l'Académie impériale de médecine : en présentant le tableau fidèle de ses travaux, il offre l'ensemble de toutes les questions importantes que les progrès de la médecine peuvent faire naître. L'Académie étant devenue le centre d'une correspondance presque universelle, c'est par les documents qui lui sont transmis que tous les médecins peuvent suivre les mouvements de la science dans tous les lieux où elle peut être cultivée, en connaître, presque au moment où elles naissent, les inventions et les découvertes. — L'ordre du Bulletin est celui des séances : on inscrit d'abord la correspondance, soit officielle, soit manuscrite, soit imprimée; à côté de chaque pièce, on lit les noms des commissaires chargés d'en rendre compte à la Compagnie. Le rapport est-il lu, approuvé, les rédacteurs le donnent en totalité; est-il suivi de discussion, ils s'appliquent avec la même impartialité à la reproduire dans ce qu'elle offre d'essentiel, principalement sous le rapport pratique. C'est dans les dix-neuf premières années du Bulletin seulement que sont reproduites dans tous leurs détails et avec exactitude les discussions relatives à l'*Empyème*, au *Magnétisme*, à la *Morve*, à la *Fièvre typhoïde*, à la *Statistique appliquée à la Médecine*, à l'*Introduction de l'air dans les veines*, à la *Revaccination*, au *Système nerveux*, à l'*Empoisonnement par l'arsenic*, à la *Pharmacie;* sur l'*Orthopédie*, la *Peste* et les *quarantaines*, l'*Éther* et le *Chloroforme*, la *Taille* et la *Lithotritie*, les *Tumeurs cancéreuses des mamelles*, les *Fièvres intermittentes*, les *maladies de la matrice*, les *plaies d'armes à feu*, le *crétinisme*, la *syphilisation*, la *variole*, le *dynamisme vital*, le *délire* et la *folie*, la *surdi-mutité*, les *maladies de l'utérus*, le *cancer*, la *nomenclature médicale*, l'*usage du séton*, la *Ligature de l'œsophage*, les *Fièvres paludéennes*, la *Méthode sous-cutanée*, etc.; les *Rapports* et *Analyses d'eaux minérales*, etc., toutes les *Questions de police médicale et sanitaire* demandées par le Gouvernement; les *Instructions réclamées par les voyageurs*. Ainsi, tout correspondant, tout médecin, tout savant qui transmettra un écrit quelconque à l'Académie, en pourra suivre les discussions et connaître exactement le jugement qui en est porté.

Le *Bulletin de l'Académie impériale de médecine* paraît tous les quinze jours par cahier de 48 pages in-8. Il publie exactement tous les travaux de chaque séance.

Le prix de l'abonnement pour un an, *franc de port*, pour toute la France, est fixé à 15 fr. — Collection complète du 1er octobre 1836 au 30 septembre 1859 : Vingt-trois années formant 24 forts volumes in-8 de chacun 1100 pages. 180 fr.

Chaque année séparée, in-8 de 1100 pages. 12 fr.

HISTOIRE DES MEMBRES DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE ou Recueil des Éloges lus dans les séances publiques, par E. PARISET, secrétaire perpétuel de l'Académie royale de médecine. *Édition complète*, précédée de l'éloge de E. Pariset, publié sous les auspices de l'Académie, par E.-F. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel. Paris, 1850. 2 volumes grand in-18. 7 fr.

DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE, de sa nature et de son traitement, communications à l'Académie impériale de médecine, par MM. Guérard, Depaul, Beau, Piorry, Hervez de Chégoin, Trousseau, Paul Dubois, Cruveilhier, Danyau, Cazeaux, Bouillaud, Velpeau, J. Guérin, précédées de l'indication bibliographique des principaux écrits publiés sur la fièvre puerpérale. Paris, 1858, 1 vol. in-8 de 464 pages. 6 fr.

DES PLAIES D'ARMES A FEU. Communications à l'Académie nationale de médecine, par MM. les docteurs Baudens, Roux, Malgaigne, Amussat, Blandin, Piorry, Velpeau, Huguier, Jobert (de Lamballe), Bégin, Rochoux, A. Devergie. Paris, 1849. In-8 de 260 pag. 3 fr. 50

DE LA SYPHILISATION ET DE LA CONTAGION DES ACCIDENTS secondaires de la syphilis; Communications à l'Académie de médecine par MM. Ricord, Bégin, Malgaigne, Velpeau, Depaul, Gibert, Lagneau, Larrey, Michel Lévy, Gerdy, Roux, avec les communications de MM. Auzias-Turenne et C. Spérino, à l'Académie des sciences de Paris et à l'Académie de médecine de Turin. Paris, 1853, in-8 de 384 pages. 5 fr.

HISTOIRE ACADÉMIQUE DU MAGNÉTISME ANIMAL, accompagnée de notes et de remarques critiques sur toutes les observations et expériences faites jusqu'à ce jour, par C. BURDIN et F. DUBOIS (d'Amiens), membres de l'Académie impériale de médecine. *Paris*, 1841. In-8 de 700 pages. 8 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

Digitized by Google

MÉMOIRES

DE

L'ACADÉMIE IMPÉRIALE

DE MÉDECINE.

TOME VINGT-TROISIÈME.

(ACCOMPAGNÉ DE QUINZE PLANCHES.)

PARIS,

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS,

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,

RUE HAUTEFEUILLE, 19.

LONDRES,
HIPP. BAILLIÈRE, 219, REGENT STREET.

NEW-YORK,
BAILLIÈRE BROTHERS, 440, BROADWAY.

MADRID, C. BAILLY-BAILLIÈRE, CALLE DEL PRINCIPE, 11.

1859

Digitized by Google

Digitized by Google

Medical
Champion
10-18-23
9315

RÈGLEMENT

DE

L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

TITRE Ier. — *Classes et sections de l'Académie.*

ARTICLE 1er.

Les membres titulaires de l'Académie sont au nombre de cent, distribués en onze sections, ainsi qu'il suit :

1re	SECTION.	Anatomie et physiologie.....	10
2e	—	Pathologie médicale.....	13
3e	—	Pathologie chirurgicale.....	10
4e	—	Thérapeutique et histoire naturelle médicale.....	10
5e	—	Médecine opératoire.....	7
6e	—	Anatomie pathologique.....	7
7e	—	Accouchements.....	7
8e	—	Hygiène publique, médecine légale et police médicale.....	10
9e	—	Médecine vétérinaire.....	6
10e	—	Physique et chimie médicales.....	10
11e	—	Pharmacie.....	10
			100

ART. 2.

Les associés libres peuvent être au nombre de..... 10

ART. 3.

Les associés nationaux pourront être portés au nombre de..... 20

Les associés étrangers pourront également être portés au nombre de 20

ART. 4.

Le nombre des correspondants nationaux est fixé à..... 100

Celui des correspondants étrangers à... 50

ART. 5.

Les correspondants nationaux et étrangers sont distribués en quatre divisions, ainsi qu'il suit :

1re DIVISION.

Anatomie et physiologie. — Pathologie médicale. — Thérapeutique et histoire naturelle médicale. — Anatomie pathologique. — Hygiène publique et médecine légale.

Correspondants nationaux.....	50
Correspondants étrangers.....	25

2e DIVISION.

Pathologie chirurgicale. — Médecine opératoire. — Accouchements.

Correspondants nationaux.....	24
Correspondants étrangers.....	12

3e DIVISION.

Médecine vétérinaire.

Correspondants nationaux.....	6
Correspondants étrangers.....	3

4e DIVISION.

Physique et chimie médicales. — Pharmacie.

Correspondants nationaux.....	20
Correspondants étrangers.....	10
	150

Digitized by Google

TITRE II. — *Assemblées.*

CHAPITRE Ier.

Séances particulières.

ART. 6.

Les séances de l'Académie ont lieu tous les mardis à trois heures.

ART. 7.

Les membres de l'Académie ont seuls le droit d'assister à ces séances.

ART. 8.

Le président appelle les sujets à traiter conformément à l'ordre du jour; il dirige les discussions; il met aux voix les propositions, recueille les suffrages, proclame les décisions de l'Académie; il nomme, de concert avec le bureau, les commissions que l'Académie ne croit pas devoir choisir elle-même; il arrête les listes de présence; il signe les procès-verbaux; enfin, il veille au maintien de l'ordre.

ART. 9.

Indépendamment des réunions de l'Académie, le président préside de droit les réunions des commissions, à l'exception de celles des sections et commissions chargées de présentations aux places vacantes. Il a voix prépondérante en cas d'égalité de suffrages. Il marche à la tête de l'Académie et de ses députations; il les présente et parle en leur nom.

ART. 10.

Le président et le vice-président de l'Académie sont élus parmi les membres résidants. Leur élection se fait chaque année dans l'avant-dernière séance de décembre, après convocation expresse, au scrutin secret et à la majorité absolue des membres présents.

ART. 11.

Le président est remplacé dans ses fonctions, en cas d'empêchement, par le vice-président.

ART. 12.

L'Académie a un secrétaire perpétuel, lequel est élu par elle au scrutin dans une séance indiquée à cet effet un mois d'avance.

ART. 13.

Le secrétaire perpétuel a pour fonctions de préparer les séances de l'Académie, de rédiger et de signer les délibérations, les lettres écrites au nom de l'Académie, et généralement tous les actes qui émanent d'elle; de faire tous les ans, conjointement avec le secrétaire annuel, l'analyse de l'ensemble des travaux de l'Académie, l'éloge de ses membres décédés, et de présenter une esquisse des progrès de l'art de guérir dans toutes ses branches. Il assiste à toutes les commissions, à l'exception de celles qui ont trait à des présentations pour des places vacantes; il y a seulement voix consultative.

ART. 14.

Le secrétaire perpétuel est remplacé dans ses fonctions, en cas d'empêchement, par le secrétaire annuel. Ce dernier est élu dans la même séance et de la même manière que le président et le vice-président; il est de droit un des quatre membres que l'Académie élit pour le conseil d'administration.

ART. 15.

Les travaux des séances ont lieu dans l'ordre suivant :

1° Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente;

2° Correspondance avec le gouvernement et les autorités constituées;

3° Correspondance avec les savants agrégés ou non à l'Académie;

4° Annonce des observations, mémoires ou ouvrages manuscrits;

5° Annonce des observations, mémoires et ouvrages imprimés;

6° Élections;

7° Rapports des commissions nommées par l'Académie;

8° Lecture des observations, mémoires et ouvrages des membres de l'Académie;

9° Lecture des observations, mémoires et ouvrages présentés par les savants étrangers à l'Académie;

10° Exposition et démonstration des objets matériels.

Digitized by Google

Néanmoins l'Académie peut, sur la proposition du bureau, intervertir cet ordre de travaux.

ART. 16.

A l'ouverture de la séance, une feuille sert à recevoir, dans autant de cases séparées et numérotées, les signatures des membres. A trois heures et demie, le président arrête cette liste en tirant une barre et mettant sa signature au-dessous du dernier nom inscrit. Les membres dont les noms sont inscrits sur cette feuille ont droit à un jeton de présence. Indépendamment de cette feuille, un registre sert à recevoir, à chaque séance, les signatures de tous les membres de l'Académie, quel que soit leur titre.

ART. 17.

Toutes les pièces adressées à l'Académie sont datées et paraphées par le secrétaire perpétuel, le jour même de leur réception. La présentation et la lecture de ces pièces sont constatées de la même manière.

ART. 18.

L'Académie entend la lecture des rapports et mémoires d'après leur ordre d'inscription. Néanmoins elle peut, par une délibération expresse, intervertir cet ordre toutes les fois qu'elle le juge convenable.

ART. 19.

Aucune lecture ne peut être interrompue, suspendue, ou renvoyée à des commissaires, que d'après l'avis du bureau ; en cas de réclamation, l'Académie est consultée et prononce.

Commissions temporaires.

ART. 20.

Seront renvoyées à des commissions :

1° Les communications qui sont faites à l'Académie par le Gouvernement et les autorités ;

2° Celles qui sont faites par des savants, si la compagnie les juge de nature à être l'objet d'un rapport particulier.

ART. 21.

Les commissions se composent de trois, cinq, sept, neuf ou onze membres, suivant l'importance des objets qui leur sont renvoyés.

ART. 22.

Les commissions sont nommées sur la désignation du bureau ou au scrutin toutes les fois qu'il est réclamé par dix membres au moins. Quel que soit le mode de nomination, le dernier membre nommé reçoit les pièces que la commission doit examiner, et c'est lui qui est chargé de la faire convoquer.

ART. 23.

Les commissions se choisissent un président et un secrétaire rapporteur. Elles ne peuvent connaître que des objets qui leur sont adressés.

Commissions permanentes.

ART. 24.

Indépendamment des commissions qui sont nommées à chaque séance pour les travaux éventuels de l'Académie, et dont il est question dans les quatre articles précédents, la Compagnie institue des commissions *permanentes* pour ceux de ces services qu'on peut appeler publics.

ART. 25.

Ces commissions sont composées de six ou neuf membres élus, après convocation expresse, au scrutin de liste, et à la majorité relative des membres présents. Elles se renouvellent par tiers, tous les ans, dans le mois de décembre.

ART. 26.

Ces commissions préparent le rapport général que l'Académie fait à l'autorité sur le service public qui les concerne. Elles font, en outre, s'il y a lieu, d'intervalle en intervalle, dans le cours de l'année, à l'Académie, des rapports partiels destinés à exposer la série de leurs travaux journaliers.

Rapports.

ART. 27.

Il ne peut être fait de rapport sur les ouvrages imprimés, excepté sur ceux qui le sont à l'étranger.

ART. 28.

Les rapports peuvent être discutés séance tenante, ou dans des séances spéciales, au gré de l'Académie.

Digitized by Google

ART. 29.

Lors de la discussion et de la délibération des rapports, les amendements ont la priorité; mais toute proposition incidente au rapport ne doit être mise aux voix qu'après que l'Académie a statué sur le rapport et sur la proposition de la commission qui la présente.

ART. 30.

Une fois adoptés, les rapports doivent être déposés et transcrits dans l'ordre de leur adoption sur un registre destiné à cet usage.

ART. 31.

Les copies et les extraits de ces rapports faits sur la demande du Gouvernement et des autorités ne pourront être adressés qu'à eux seuls.

ART. 32.

Dans les autres cas, ils peuvent être délivrés aux parties intéressées, lorsque l'Académie le juge convenable, mais sous la condition expresse qu'il n'y sera jamais fait d'altération, d'addition ou de retranchement d'aucun genre. Cette condition doit être relatée en marge de la copie ou de l'extrait accordé.

ART. 33.

Les copies et les extraits des rapports sont signés par le secrétaire perpétuel seul.

ART. 34.

Il est fait tous les trois mois appel des rapports arriérés et des noms des commissaires qui en sont chargés.

ART. 35.

Le président accorde la parole pour et contre les propositions alternativement, jusqu'à ce que la discussion soit épuisée ou ait été fermée; néanmoins la parole doit être accordée pendant la discussion pour rétablir la question, pour réclamer la clôture et l'ordre du jour.

ART. 36.

Les rapporteurs des commissions ont la parole dans les discussions toutes les fois qu'ils la réclament; ils l'ont encore de droit après la clôture de la discussion.

ART. 37.

Les décisions de l'Académie sont prises à la majorité absolue des suffrages; elles sont manifestées par assis et levé ou au scrutin. Dans le cas de doute par assis et levé, l'épreuve est recommencée; si le doute persiste, le scrutin est de droit; il est encore de droit, toutes les fois qu'il est réclamé par dix membres au moins. Ces décisions, pour être valables, exigent la présence de la moitié plus un des membres qui ont signé la feuille de présence du jour.

ART. 38.

Le résultat des délibérations est proclamé par le président, et inscrit au procès-verbal par le secrétaire perpétuel.

CHAPITRE II.

Séances publiques.

ART. 39.

Les séances publiques de l'Académie ont lieu tous les ans, le premier mardi du mois de mai.

ART. 40.

Ces séances ont pour objet : l'exposition des travaux de l'Académie et des progrès de l'art de guérir; la lecture des éloges des membres décédés; la proclamation des noms des auteurs qui ont mérité des prix; l'annonce des sujets de prix mis au concours, et la lecture des mémoires désignés.

ART. 41.

Une commission composée de cinq membres nommés au scrutin de liste, et à la majorité relative des membres présents, est chargée, trois mois à l'avance, de recueillir et de préparer les matériaux de ces séances.

ART. 42.

Les discours et autres pièces destinés à être lus dans les séances publiques doivent toujours être communiqués préalablement au conseil d'administration, lequel détermine l'ordre et la durée des lectures.

ART. 43.

Les séances publiques sont présidées par les mêmes personnes et de la même manière que les séances privées, mais elles ne comportent aucune discussion.

Digitized by Google

TITRE III. — *Élections.*

ART. 44.

Nul ne peut être membre titulaire de l'Académie : 1° s'il n'est docteur en médecine ou en chirurgie, ou reçu dans une école spéciale de pharmacie ou de médecine vétérinaire ; 2° s'il n'en a fait la demande expresse.

ART. 45.

Il ne peut être nommé à aucune place de membre de l'Académie qu'après trois mois de la vacance de cette place.

ART. 46.

Toutes les demandes adressées à l'Académie sont renvoyées par elles :

1° A la section dans laquelle la place est vacante, s'il s'agit d'un titulaire ;

2° A des commissions spéciales composées de cinq membres au moins, et nommées au scrutin, pour toutes les autres nominations.

ART. 47.

Quand une section sera naturellement ou accidentellement, au moment de la présentation, composée de moins de cinq membres, l'Académie lui ajoutera, par scrutin, le nombre nécessaire pour la porter à cinq ; ce n'est qu'après cette addition que la section pourra faire la présentation.

ART. 48.

Les sections et les commissions font, en comité secret, leurs rapports sur les titres respectifs des candidats dont les demandes leur ont été renvoyées.

ART. 49.

Les sections et les commissions présentent trois candidats au moins et six au plus pour chaque place. Toutefois, si dix membres au moins proposent d'autres candidats, l'Académie consultée pourra également en admettre la présentation après discussion.

ART. 50.

Il est voté, sur ces candidats, dans la séance qui suit celle dans laquelle a été fait le rapport de présentation, et pour laquelle sera faite une convocation spéciale.

ART. 51.

L'élection des membres titulaires se fait au scrutin individuel ; celle des associés et correspondants se fait également au scrutin individuel et sur listes multiples, comme il est dit à l'article 49 ; pour les uns comme pour les autres, il faut la majorité absolue des membres présents.

TITRE IV. — *Administration.*

CHAPITRE Ier.

Conseil.

ART. 52.

L'Académie est représentée, hors de ses séances, par un conseil d'administration. Ce conseil se compose : du président de l'Académie, du secrétaire perpétuel, du secrétaire annuel, du trésorier et de l'ancien secrétaire du conseil ; trois membres titulaires, nommés annuellement par l'Académie, en font en outre partie avec le doyen de la Faculté de médecine de Paris, qui conservera le titre et les prérogatives de membre de l'Académie après qu'il aura cessé d'exercer les fonctions de doyen.

ART. 53.

Le conseil d'administration est présidé comme l'Académie ; le secrétaire perpétuel y tient la plume ; il prépare et rédige la correspondance ; il revoit et vérifie les copies et les extraits des rapports que l'Académie juge à propos de délivrer aux auteurs ; il fait les convocations du conseil et de l'Académie ; il veille à l'exécution des décisions du conseil, et règle les travaux des employés.

ART. 54.

Les employés de l'Académie sont tous sous la direction du secrétaire perpétuel ; ils ne peuvent, dans aucun cas, être docteurs en médecine ni membres de l'Académie.

ART. 55.

Le conseil d'administration se réunit tous les huit jours et plus souvent, si les circonstances l'exigent. Les convocations extraordinaires sont faites par le président, et, à son défaut, par le secrétaire perpétuel.

Digitized by Google

ART. 56.

Le conseil est chargé de l'exécution des décisions de l'Académie, du dépouillement et de l'expédition de la correspondance et des convocations; il contrôle et ordonnance les dépenses de tout genre; il établit chaque année le budget des dépenses, et juge quelles sont les commissions auxquelles il est possible d'accorder des jetons de présence; enfin il prend, provisoirement et dans les cas urgents, les mesures que les circonstances exigent.

ART. 57.

Toutes les décisions du conseil sont prises à la majorité absolue des voix. Ces décisions exigent la présence de cinq membres au moins, et sont signées au registre par le président et le secrétaire perpétuel.

ART. 58.

Chaque membre du conseil d'administration reçoit, à l'issue de chaque séance, un jeton de présence.

ART. 59.

Chaque année, le conseil d'administration fera connaître à l'Académie, dans une des séances du mois de décembre, les dépenses faites dans l'année qui finit, et il lui communiquera l'état de celles qui doivent avoir lieu dans l'année suivante.

Cette communication doit toujours précéder la nomination des membres que l'Académie élit chaque année pour la composition du conseil.

ART. 60.

Les membres que le choix de l'Académie porte au conseil sont élus à la même époque que le président annuel, le vice-président et le secrétaire annuel; ils sont élus au scrutin individuel et à la majorité absolue des membres présents.

CHAPITRE II.

Trésorier.

ART. 61.

Le trésorier fait toutes les écritures relatives à la comptabilité de l'Académie; il signe, de concert avec le président et le secrétaire perpétuel, les bordereaux des dépenses; il reçoit l'argent nécessaire à la solde de ces bordereaux, et en donne quittance; il solde ces bordereaux, tient note de toutes les dépenses, en rend compte au conseil tous les trois mois, et lui en présente un compte général à la fin de l'année, lors de l'établissement du budget. Il a sous sa direction la distribution des jetons de présence.

CHAPITRE III.

Archives et Collections.

ART. 62.

Il y aura un bibliothécaire de l'Académie. Ce bibliothécaire pourra être pris hors de la Compagnie. Il sera nommé par le ministre de l'instruction publique sur la présentation du conseil d'administration.

ART. 63.

Le bibliothécaire sera, pour la partie administrative, sous la direction du secrétaire perpétuel et du conseil d'administration. Il sera chargé de la garde et de la conservation des collections et archives de l'Académie, il ne pourra prêter de livres qu'aux seuls membres de la compagnie sur leur récépissé et pour un temps qui ne dépassera pas un mois.

ART. 64.

Sont déposés dans les archives et les collections de l'Académie les observations, mémoires et ouvrages, tant imprimés que manuscrits; les dessins, gravures, planches; les instruments et les machines; les pièces d'anatomie et d'histoire naturelle; les produits chimiques, et généralement tous les objets qui pourraient être adressés à l'Académie ou acquis par elle.

ART. 65.

Il est dressé tous les ans, par les soins du secrétaire perpétuel, et à la diligence du bibliothécaire, un catalogue des objets qui, dans le cours de l'année, ont été donnés à l'Académie ou acquis par elle. Ce catalogue est présenté à la Compagnie, et, tous les cinq ans, ces catalogues sont fondus en un catalogue général.

ART. 66.

L'Académie ordonne la publication de ces catalogues toutes les fois qu'elle le juge convenable.

ART. 67.

Les archives, les collections et tout le matériel de l'Académie sont placés sous la surveillance du secrétaire perpétuel.

Digitized by Google

CHAPITRE IV.

Vaccinations gratuites.

ART. 68.

Il y aura un directeur du service de la vaccine; ce directeur sera pris dans le sein de la compagnie, il sera nommé par le ministre de l'instruction publique, sur la présentation du conseil d'administration.

ART. 69.

Le directeur du service de la vaccine sera, pour la partie administrative, sous la direction du secrétaire perpétuel et du conseil d'administration; il sera chargé de pratiquer, deux fois par semaine au moins, les vaccinations gratuites; il signera et délivrera, conjointement avec le secrétaire perpétuel, les certificats de vaccine; il sera de droit membre de la commission de vaccine.

CHAPITRE V.

Travaux chimiques.

ART. 70.

Il y aura un chef des travaux chimiques de l'Académie. Ce chef pourra être pris hors de la Compagnie; il sera nommé par le ministre de l'instruction publique, sur la présentation du conseil d'administration.

ART. 71.

Le chef des travaux chimiques est, pour la partie administrative, sous la direction du secrétaire perpétuel et du conseil d'administration, et, pour les travaux dont il ne serait pas nominativement chargé, sous celle des présidents des commissions chargées par l'Académie des recherches et des expériences chimiques.

ART. 72.

Les membres de l'Académie, qui ne sont pas membres de ces commissions, ne peuvent se livrer par eux-mêmes à des manipulations chimiques dans le laboratoire de l'Académie.

TITRE V. — *Publications.*

ART. 73.

Toutes les publications sont faites au nom de l'Académie et en vertu d'une délibération expresse.

ART. 74.

Les publications se composent :

1° Du compte rendu des travaux de l'Académie;

2° De l'esquisse historique des progrès de l'art, tant dans ses parties que dans son ensemble;

3° Des éloges et notices historiques composés sur les membres de l'Académie décédés;

4° Du programme des prix proposés par l'Académie, et de l'indication des prix remportés;

5° Des mémoires fournis par les membres de l'Académie;

6° Des mémoires dus à des savants étrangers.

ART. 75.

Les écrits destinés à l'impression sont remis à une commission, dite de *publication*, chargée de revoir ce qui doit être publié au nom de l'Académie.

ART. 76.

Cette commission est composée des secrétaires perpétuel et annuel, du trésorier, et de cinq membres nommés au scrutin par l'Académie. Ces cinq membres sont renouvelés tous les ans; ils sont rééligibles.

ART. 77.

Il sera accordé aux auteurs des ouvrages qui n'auraient pas été désignés pour être publiés actuellement la faculté d'en faire tirer copie (1).

ART. 78.

La commission de publication rend compte tous les trois mois à l'Académie de l'état des travaux relatifs aux publications.

TITRE VI. — *Concours et prix.*

ART. 79.

L'Académie propose, tous les ans au moins, un sujet de prix sur des matières susceptibles, autant que faire se pourra, d'expériences, d'observations et de recherches positives.

ART. 80.

Les membres résidants sont seuls exclus du concours.

(1) A leurs frais.

Digitized by Google

ART. 81.

Les mémoires des concurrents doivent porter une épigraphe apparente, et le nom de l'auteur, soigneusement cacheté, avec la répétition de l'épigraphe.

ART. 82.

Ces mémoires sont envoyés à une commission composée de cinq membres au moins, élus au scrutin par l'Académie.

ART. 83.

Cette commission fait son rapport en comité secret, et soumet son jugement à la ratification de l'Académie.

ART. 84.

Les mémoires couronnés peuvent être publiés avec ceux de l'Académie, quand celle-ci les juge dignes de paraître dans les collections de ses travaux.

ART. 85.

Les prix résultant de dons particuliers qui pourraient être faits à l'Académie seront décernés suivant les intentions des donateurs, en se conformant toutefois, autant que possible, aux règles établies ci-dessus.

TITRE VII. — *Dispositions générales.*

ART. 86.

L'Académie désigne au scrutin secret, sur la demande du Gouvernement, des commissaires choisis parmi ses membres pour être envoyés dans tous les lieux où des épidémies, des épizooties, l'examen des établissements d'eaux minérales ou d'utilité publique, etc., peuvent rendre leur présence nécessaire.

ART. 87.

L'Académie envoie à ses frais une députation aux obsèques de ceux de ses membres qui sont décédés dans le lieu de sa résidence.

ART. 88.

La proposition de placer dans l'enceinte de l'Académie le buste ou portrait d'un membre décédé ne peut être faite que cinq ans après son décès. Cette proposition est renvoyée à une commission nommée au scrutin. Il est voté sur le rapport de cette commission au scrutin et à la majorité absolue des membres présents.

ART. 89.

Jusqu'à ce que les classes de correspondants nationaux et étrangers soient rentrées dans les limites fixées par l'article 4 du présent règlement, il ne sera fait qu'une nomination sur trois extinctions.

ART. 90.

En cas d'insuffisance du présent règlement, il y sera pourvu par une délibération expresse de l'Académie. Cette délibération, pour être exécutoire, devra être soumise au ministre de l'instruction publique et approuvée par lui.

Approuvé le présent règlement par le ministre secrétaire d'État au département de l'intérieur.

Paris, le 3 juillet 1822.

Signé DE CORBIÈRE.

Approuvé les modifications apportées au présent règlement, en vertu de l'ordonnance royale du 18 octobre 1829.

Le 28 avril 1830.

Pour le ministre secrétaire d'État au département de l'intérieur,

Le conseiller d'État directeur,

Signé DE BOISBERTRAND.

Approuvé les modifications apportées au présent règlement, en vertu de l'ordonnance royale du 20 janvier 1835.

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique,

Signé GUIZOT.

Approuvé les suppressions faites au présent règlement.

Le 27 mars 1848.

Le ministre au département de l'instruction publique et des cultes,

Signé CARNOT.

Approuvé les additions et modifications apportées au présent règlement, en vertu du décret du 20 mars 1850, des arrêtés ministériels des 27 avril 1850, 9 novembre 1850 et 4 février 1851.

Paris, le 17 septembre 1851.

Le ministre par intérim au département de l'instruction publique et des cultes,

Signé ROUHER.

Approuvé les additions, suppressions et modifications apportées au présent règlement.

Paris, le 15 mars 1856.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes,

Signé H. FORTOUL.

Digitized by Google

PERSONNEL

DE

L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

SEPTEMBRE 1859.

OFFICIERS DE L'ACADÉMIE.

BUREAU POUR 1859.

MM. Cruveilhier, président.
J. Cloquet, vice-président.
Dubois (Fréd.), secrétaire perpétuel.
Devergie, secrétaire annuel.
Gimelle, trésorier.

CONSEIL D'ADMINISTRATION.

MM. Le président.
Le secrétaire perpétuel.
Le secrétaire annuel.
Le trésorier.
Le doyen de la Faculté de médecine de Paris.
J. Cloquet. } membres annuels.
Jolly
Hervez de Chégoin.
Bousquet.

RÉPARTITION DES MEMBRES TITULAIRES DE L'ACADÉMIE EN ONZE SECTIONS.

I^re^ SECTION. — *Anatomie et physiologie.*

1820. Duméril. . . . . André-Marie-Constant.
1823. Hellier. . . . . Samuel-Hippolyte.
1823. Piorry. . . . . Pierre-Adolphe.
1823. Ségalas. . . . . Pierre-Salomon.
1823. Serres. . . . . Étienne-Renaud-August.
1825. Bourdon. . . . . Isidore.
1839. Bouvier. . . . . Sauveur-Henri-Victor.
1842. Poiseuille. . . . . Jean-Léon-Marie.
1845. Longet. . . . . François-Achille.
1847. Baillarger. . . . . Jules.

II^e^ SECTION. — *Pathologie médicale.*

1823. Andral. . . . . Gabriel.
1823. Bricheteau. . . . . Isidore.
1823. Fairet . . . . . Jean-Pierre.
1823. Ferrus. . . . . Guillaume-Marie-André
1823. Jadioux. . . . . Jean.
1823. Kergaradec Lejumeau (de).
1823. Rostan. . . . . Léon.
1824. Collineau. . . . . Jean-Charles.
1825. Bouillaud. . . . . Jean-Baptiste.
1825. Roche . . . . . Charles-Louis.
1836. Dubois. . . . . Frédéric.
1842. Guérin. . . . . Jules.
1843. Mélier. . . . . François.
1849. Grisolle. . . . . Augustin.
1850. Lévy. . . . . Michel.

III^e^ SECTION. — *Pathologie chirurgicale.*

1821. Cloquet. . . . . Jules-Germain.
1823. Baffos . . . . . René-Alexis.
1823. Oudet. . . . . Jean-Étienne.
1832. Velpeau . . . . . Alfred-Armand-Louis-Marie.
1840. Jobert (de Lamballe) Antoine-Joseph.
1848. Huguier. . . . . Pierre-Charles.
1850. Ricord. . . . . Philippe.
1850. Larrey. . . . . Hippolyte.
1856. Nélaton. . . . . Auguste.

Digitized by Google

IVe SECTION. — *Thérapeutique et histoire naturelle médicale.*

1821. Bally . . . . . Victor.
1823. Desportes. . . . . Eugène-Henri.
1823. Patissier. . . . . Philibert.
1823. Rayer . . . . . Pierre-François-Olive.
1824. Bousquet. . . . . Jean-Baptiste.
1839. Jolly. . . . . Paul.
1847. Gibert. . . . . Camille-Melchior.
1853. Chatin. . . . . Gaspard-Adolphe.
1856. Trousseau. . . . . Armand.
1857. Moquin-Tandon. . . Horace-Bénédict-Alfred.

Ve SECTION. — *Médecine opératoire.*

1823. Gimelle. . . . . Pierre-Louis.
1823. Hervez de Chégoin. Nicolas-Joseph.
1823. Lagneau. . . . . Louis-Vivant.
1833. Civiale. . . . . Jean.
1844. Laugier. . . . . Stanislas.
1846. Malgaigne. . . . . Joseph-François.
1849. Robert. . . . . César-Alphonse.

VIe SECTION. — *Anatomie pathologique.*

1825. Louis. . . . . Pierre-Charles-Alexand.
1836. Cruveilhier. . . . . Jean.
1854. Barth. . . . . Jean-Baptiste-Philippe.
1855. Blache. . . . . Jean-Gaston-Marie.
1856. Beau. . . . . Joseph-Honoré-Simon.
1858. Robin. . . . . Charles-Philippe.
1859. Denonvilliers. . . . Charles-Pierre.

VIIe SECTION. — *Accouchements.*

1821. Moreau. . . . . François-Joseph.
1823. Dubois. . . . . Paul.
1850. Danyau. . . . . Antoine-Constant.
1851. Cazeaux. . . . . Pierre.
1851. Chailly-Honoré. . . Nicolas-Charles.
1852. Depaul. . . . . Jean-Anne-Henri.

. . . . . .

VIIIe SECTION. — *Hygiène publique, médecine légale et police médicale.*

1821. Adelon. . . . . Nicolas-Philibert.
1823. Villermé. . . . . Louis-René.
1824. Chevallier . . . . . Jean-Baptiste.
1824. Gérardin. . . . . Auguste.
1825. Londe . . . . . Charles.
1838. Lecanu. . . . . René-Louis.
1855. Guérard. . . . . Jacques-Alphonse.
1857. Devergie. . . . . Alphonse.
1859. Tardieu . . . . . Ambroise.

IXe SECTION. — *Médecine vétérinaire.*

1840. Renault . . . . . Thomas-Eugène-Éloi.
1841. Huzard. . . . . Jean-Baptiste.
1850. Delafond. . . . . Mamert-Henri-Onésime.
1852. Leblanc . . . . . Urbain.
1855. Bouley. . . . . Henri.

. . . . . .

Xe SECTION. — *Physique et chimie médicales.*

1821. Caventou. . . . . Joseph-Bienaimé.
1823. Thillaye. . . . . Jean-Baptiste-Antoine.
1824. Bussy. . . . . Ant.-Alexandre-Brutus.
1824. Henry. . . . . Étienne-Ossian.
1843. Dumas. . . . . Jean-Baptiste.
1848. Gaultier de Claubry. Henri.
1856. Wurtz. . . . . Charles-Adolphe.
1858. Gavarret. . . . . Louis-Dominiq.-Jules.

. . . . . .
. . . . . .

XIe SECTION. — *Pharmacie.*

1820. Boullay. . . . . Pierre-François-Guillme.
1824. Boutron. . . . . Antoine-François.
1824. Fée. . . . . Laurent-Ant.-Apollinaire
1824. Guibourt. . . . . Nicolas-Jean-B.-Gaston.
1824. Pétroz. . . . . Claude-Henri.
1825. Robinet . . . . . Stéphane.
1850. Bouchardat. . . . . Apollinaire.
1856. Boudet. . . . . Félix-Henri.
1857. Poggiale. . . . . Antoine-Baudouin.

. . . . . .

Associés libres.

1823. Chevreul.
1823. Jomard.
1824. Lafond Ladébat.
1853. Conneau.
1854. Davenne.
1854. Milne Edwards.
1858. Littré.
1858. Is. Geoffroy St-Hilaire.
1858. Trébuchet.
. . . . . .

MM. Bousquet, ✲, directeur du service de la vaccine.
Depaul, ✲, directeur-adjoint.
Henry (Oss.), ✲, chef des travaux chimiques.
Henry fils, chef adjoint.
René Briau, ✲, bibliothécaire.
Axenfeld, bibliothécaire-adjoint.
Daremberg, bibliothécaire honoraire.
J.-B. Baillière, ✲, libraire de l'Académie.

Digitized by Google

LISTE DES MEMBRES RÉSIDANTS PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE.

MM.

Adelon, O.✻, rue du Bac, 32.
Andral, C.✻, rue Bonaparte, 5.
Baffos, ✻, rue de l'Odéon, 8.
Baillarger, ✻, rue Jacob, 48.
Bailly, ✻, à Villeneuve-sur-Yonne.
Barth, ✻, rue Richelieu, 108.
Beau, ✻, rue Saint-Guillaume, 11.
Blache, O.✻, rue de Suresne, 7.
Bouchardat, ✻, rue Cloître-Notre-Dame, 8.
Boudet (Félix), ✻, rue du Cherche-Midi, 21.
Bouillaud, O.✻, rue Saint-Dominique, 32.
Bouley (H.), ✻, à l'École impér. vétér. d'Alfort.
Boullay, O.✻, rue Bourdaloue, 7.
Bourdon, ✻, au Barnou (Orne).
Bousquet, ✻, rue de Lille, 91.
Boutron, ✻, rue d'Aumale, 11.
Bouvier, ✻, rue Saint-Pierre, 28, à Chaillot.
Bricheteau, ✻, rue Férou, 9.
Bussy, O.✻. rue de l'Arbalète, 13.
Caventou, O.✻, rue Louis-le-Grand. 23.
Cazeaux, ✻, rue des Saints-Pères, 10.
Chailly, rue de la Sourdière, 19.
Chatin, ✻, à l'Hôtel-Dieu.
Chevallier, O.✻, quai Saint-Michel, 27.
Chevreul, O.✻, au Jardin des plantes.
Civiale, O.✻, rue Marsollier, 17.
Cloquet (J.). O.✻, place Vendôme, 21.
Collineau, O.✻, rue Richer, 24.
Conneau, C.✻, aux Tuileries.
Cruveilhier, O.✻, rue des Pyramides, 3.
Danyau, ✻, rue des Saints-Pères, 7 *bis*.
Davenne, C.✻, à l'Administration de l'assistance publique, quai Lepelletier, 4.
Delafond, ✻, à l'école vétérinaire d'Alfort.
Depaul, ✻, rue Jacob, 46.
Denonvilliers, rue des Moulins, 21.
Desportes, rue d'Alger, 12.
Devergie, O. ✻, rue Richer, 24.
Dubois (le baron Paul),C.✻,rue Monsieur-le-Prince,12
Dubois (Fréd.), O.✻, rue Saint-Thomas-d'Enfer, 7.
Dumas, C.✻, rue de Grenelle-Saint-Germain, 42.
Duméril, O.✻, rue Cuvier, 17.
Edwards (Milne), O.✻, au Jardin des plantes.
Falret, ✻, rue du Bac, 114.
Fée, ✻, à Strasbourg.
Ferrus, O.✻, rue des Beaux-Arts, 5.
Gauthier de Claubry (H.), O.✻, rue des Fossés-Saint-Victor, 45.
Gavarret, ✻, rue de Grenelle-Saint-Germain, 49.
Geoffroy Saint-Hilaire, O.✻, au Jardin des plantes.
Gérardin, ✻, à Maidières, près Pont-à-Mousson.
Gibert, ✻, rue du Faubourg-Poissonnière, 104.
Gimelle, O.✻, rue Montaigne, 22.
Grisolle, ✻, rue d'Alger, 5.

MM.

Guérard, O.✻, carrefour de l'Odéon, 10.
Guérin (J.), ✻, rue Chanoinesse, 12.
Guibourt, ✻, rue de l'Arbalète, 21.
Heller, rue Saint-Florentin, 15.
Henry (Oss.), ✻, rue Fontaine-Saint-Georges, 7.
Hervez de Chégoin, ✻, rue Neuve-des-Petits-Champs, 97.
Huguier, ✻, rue Saint-Honoré, 370.
Huzard, ✻, rue de l'Éperon, 5.
Jadioux, ✻, rue Larrey, 5.
Jobert (de Lamballe), C.✻, place de la Madeleine, 30.
Jolly, ✻, rue de Trévise, 42.
Jomard, O.✻, rue de Seine, 12.
Kergaradec (de), rue de Verneuil, 51.
Lafond-Ladébat, ✻, rue Neuve-Saint-Augustin, 25.
Lagneau, O.✻, rue de la Chaussée-d'Antin, 38.
Larrey (le baron H.), C.✻, rue de Lille, 91.
Laugier, ✻, rue Neuve-des-Capucines, 13.
Leblanc, ✻, rue du Faubourg-Poissonnière, 13.
Lecanu, ✻, rue Neuve-Saint-Paul, 3.
Littré, rue de l'Ouest, 48.
Londe, ✻, rue Lafitte, 34.
Longet, O.✻, rue Joubert, 28.
Louis, O.✻, rue Ménars, 8.
Malgaigne, O.✻, rue Bonaparte, 11.
Méliet, C.✻, rue des Saints-Pères, 8,
Michel Lévy, C.✻, au Val-de-Grâce.
Moquin-Tandon, ✻, rue de l'Est, 2.
Moreau, O.✻, rue de Lille, 21.
Nélaton, O.✻, quai Voltaire, 1.
Oudet, ✻, rue Neuve-des-Petits-Champs, 91.
Patissier, ✻, rue de Braque, 4.
Pétroz, ✻, rue des Martyrs,36.
Piorry, ✻, rue Neuve-des-Mathurins, 1.
Poggiale, ✻, rue d'Enfer, 19.
Poiseuille, O.✻, rue de Seine, 76.
Rayer, C.✻, rue de Londres, 14.
Renault, O.✻, à l'École impér. vétérinaire d'Alfort.
Ricord, O.✻, rue de Tournon, 6.
Robert, ✻, rue des Saints-Pères, 1.
Robin (Ch.), ✻, rue Hautefeuille, 19.
Robinet, ✻, rue de l'Abbaye, 3.
Roche, ✻, rue Hauteville, 23.
Rostan, O.✻, avenue Marbeuf, 17.
Ségalas, O.✻, rue de Vendôme, 5.
Serres, C.✻, rue Cuvier, 59.
Tardieu, ✻, rue de Seine, 76.
Thillaye, ✻, impasse des Acacias, 9, à Vaugirard.
Trébuchet, O.✻, rue de l'Est, 1.
Trousseau, C.✻, rue Basse-du-Rempart, 52.
Velpeau, C.✻, rue de Verneuil, 21.
Villermé, O.✻, rue Vieille-du-Temple, 26.
Wurtz, ✻, rue Saint-Guillaume, 27.

Digitized by Google

ASSOCIÉS NATIONAUX.

MM.	
1825. Bérard,	à Montpellier.
1859. Bouisson,	Montpellier.
1824. Bretonneau,	Tours.
1858. Cap,	Lyon.
1845. Clot-Bey,	Marseille.
1859. Denis(de Commercy)	Toul.
1859. Dufour (Léon),	Saint-Sever (Landes).

MM.	
1824. Frémy,	à Versailles.
1857. Gintrac (Élie),	Bordeaux.
1823. Hecht,	Strasbourg.
1859. Lordat,	Montpellier.
1857. Sédillot,	Strasbourg.

(Peuvent être portés à 20.)

ASSOCIÉS ÉTRANGERS.

MM.	
1843. Arendt,	à Saint-Pétersbourg.
1843. Baer,	Kœnigsberg.
1845. Balenchana,	Madrid.
1845. Brodie,	Londres.
1853. Buffalini,	Florence.
1845. Lawrence,	Londres.
1845. Liebig,	Munich.
1858. Mott (Val.),	New-York.
1845. Panizza,	Pavie.

MM.	
1853. Retzius,	Stockolm.
1853. Riberi,	Turin.
1853. Simpson,	Edimbourg.
1845. Tiedemann,	Francfort.
1845. Travers,	Londres.
1845. Vogel,	Munich.
1853. Vleminckx,	Bruxelles.

(Doivent être au nombre de 20.)

CORRESPONDANTS NATIONAUX.

1re DIVISION.

Anatomie et physiologie, pathologie médicale, thérapeutique et histoire naturelle médicale, anatomie pathologique, hygiène publique et médecine légale.

MM.	
1825. Barrier,	à Vernoux (Ardèche).
1825. Barilleau	Poitiers (Vienne).
1836. Baumès,	Lyon (Rhône).
1825. Blanchard,	Reims (Marne).
1834. Boucher,	Versailles (Seine-et-Oise).
1825. Bouchet,	Napoléon-Vendée (Vendée).
1825. Boulland,	Sainte-Menehould (Marne).
1846. Charcellay-Laplace,	Tours (Indre-et-Loire).
1825. Chauffard (H.),	Avignon (Vaucluse).
1834. Claret,	Vannes (Morbihan).
1836. Crou,	Sens (Yonne).
1825. Dan de la Vauterie,	Caen (Calvados).
1825. Delaporte,	Vimoutiers (Orne).
1846. Deseaux,	Béruges (Rhône).
1840. Dubourg,	Marmande (Lot-et-Garonne).
1825. Dufau,	Mont-de-Marsan (Landes).
1846. Durand-Fardel,	Châtillon-sur-Loing (Loiret).
1846. Ehrmann,	Strasbourg (Bas-Rhin).

MM.	
1836. Étoc-Demazy,	au Mans (Sarthe).
1840. Fontan (A.),	Bagnères-de-Luchon(Haute-Garonne).
1836. Forget,	Strasbourg (Bas-Rhin).
1836. Gaspard,	Saint-Étienne-en-Bresse (Saône-et-Loire).
1825. Gellibert,	Angoulême (Charente).
1840. Gendron (Édouard),	Château-Renault (Indre-et-Loire).
1840. Gendron,	Château-du-Loir (Sarthe).
1840. Gerdy (V.),	Uriage (Isère).
1846. Girard,	Auxerre (Yonne).
1834. Goupil,	Nemours (Seine-et-Oise).
1836. Haime,	Tours (Indre-et-Loire).
1827. Hellis,	Rouen (Seine-Inférieure).
1825. Houssard,	Avranches (Manche).
1825. Hubert,	Laval (Mayenne).
1846. Hullin (Prosper),	Mortagnes-sur-Sèvres (Vendée).
1834. Kuhn,	Niederbronn (Bas-Rhin).
1836. Kuhnholtz,	Montpellier (Hérault).
1825. Lachèze (Grég.),	Angers (Maine-et-Loire).
1848. Lagarde,	Confolens (Charente).

Digitized by Google

MM.

1840. Landoury, à Reims (Marne).
1824. Lale, Espalion (Aveyron).
1825. Le Clerc, Tours (Indre-et-Loire).
1825. Le Glay, Lille (Nord).
1825. Lemaxurier, Versailles (Seine-et-Oise).
1825. Lepellelier, au Mans (Sarthe).
1825. Lestiboudois, Lille (Nord).
1848. Levicaire, Toulon (Var).
1825. Leviel de la Marsonnière, Poitiers Vienne).
1836. Malapert, Rochefort (Charente-Inférieure).
1825. Marquis, Tonnerre (Yonne).
1825. Martel, Péronne (Somme).
1839. Martins (Ch.), Montpellier (Hérault).
1827. Montfalcon, Lyon (Rhône).
1825. Paradis, Auxerre (Yonne).
1846. Parchappe, Rouen (Seine-Inférieure).
1825. Pascal, Brie-Comte-Robert (Seine-et-Marne).
1836. Pellieux, Beaugency (Loiret).
1846. Pointe, Lyon (Rhône).
1840. Priou, Nantes (Loire-Inférieure).
1825. Quoy, Brest (Finistère).
1825. Ramon, Charenton (Seine).
1825. Rault, Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord)
1836. Rennes, Bergerac (Dordogne).
1825. Ristelhueber, Strasbourg (Bas-Rhin).
1836. Rivierre, St-Denis (Ile de la Réunion).
1846. Rollet, Bordeaux (Gironde).
1825. Roux (P.-M.), Marseille (B.-du-Rhône).
1846. Rufz, Saint-Pierre (Martinique).
1825. Sallion, Nantes (Loire-Inférieure).
1825. Sambin, Mâcon (Saône-et-Loire).
1834. Saucerotte, Lunéville (Meurthe).
1825. Sédillot fils, Dijon (Côte-d'Or).
1836. Serre, Alais (Gard).
1836. Simonin (J.-B.) père, Nancy (Meurthe).
1846. Stiévenart, Valenciennes (Nord).
1836. Stoeber, Strasbourg (Bas-Rhin).
1840. Testaud-Marchain, Châteauroux (Indre).
1848. Toulmond, Sédan (Ardennes).
1834. Toulmouche, Rennes (Ille-et-Vilaine).
1821. Vallot, Dijon (Côte-d'Or).
1836. Vannucci, Bourges (Cher).
Vatable, la Guadeloupe (Antilles).
1840. Voisin (B:), au Mans (Sarthe).

(Doivent être réduits à 50.)

2e DIVISION.

Pathologie chirurgicale, médecine opératoire, accouchements.

MM.

1825. Avisard, à Moulins (Allier).
1839. Bertherand (A.), Alger.
1834. Boissat de Lagrave, Périgueux (Dordogne).
1836. Bonnafont, Alger (Algérie).
1846. Bonnet, Poitiers (Vienne).
1825. Boulay, Cognac (Charente).
1825. Calémard-Lafayette, au Puy (Haute-Loire).
1840. Caviole, Cahors (Lot).
1840. Cayroche, Mende (Lozère).
1836. Cazenave (J.-J.), Bordeaux (Gironde).
1836. Colson (Alex.), Noyon (Oise).
1848. Debrou, Orléans (Loiret).
1834. Decès, Reims (Marne).
1825. Deguise, Charenton (Seine).
1846. Dieulafoy, Toulouse (Haute-Garonne).
1825. Ducasse, Toulouse (Haute-Garonne).
1840. Gaillard, Poitiers (Vienne).
1846. Giraud-Saint-Rome, Marseille (Bouch.-du-Rhône)
1834. Goyrand, Aix (Bouches-du-Rhône).
1825. Janson, Lyon (Rhône).
1825. Joslain, Napoléon-Vendée (Vendée).
1825. Le Bidois, Caen (Calvados).
1825. Legrand, Toulon (Var).
1815. Le Prédour, Rochefort (Charente-Inférieure).
1825. Leudet père, Rouen (Seine-Inférieure).
1825. Mirault, Angers (Maine-et-Loire).
1848. Murville, Lille (Nord).
1825. Ouvrard, Angers (Maine-et-Loire).
1825. Pamard, Avignon (Vaucluse).
1846. Payan, Aix (Bouches-du-Rhône).
1825. Picard (Jean-Louis), Louviers (Eure).
1846. Putégnat, Lunéville (Meurthe).
1825. Rigal, Gaillac (Tarn).
1836. Roques d'Orbcastel, Toulouse (Haute-Garonne).
1825 Roux de Brignolles, Marseille (B.-du-Rhône).
1848. Roux (Jules), Toulon (Var).
1840. Scoutetten, Metz (Moselle).
1836. Stoltz, Strasbourg (Bas-Rhin).
1836. Thomas (Fabien). Revigny (Meuse).
1834. Thuillier, Amiens (Somme).
1821. Vallet, Orléans (Loiret).
1836. Vigier, Pontoise (Seine-et-Oise).
1831. Wuillaume, Metz (Moselle).

(Doivent être décuits à 24.)

Digitized by Google

3e DIVISION.

Médecine vétérinaire.

MM.		
1825.	Demoussy,	à Montignac (Dordogne).

(Doivent être portés à 6.)

4e DIVISION.

Physique et chimie médicales, pharmacie.

MM.		
1825.	Aubergier,	à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).
1846.	Bosson,	Mantes (Seine-et-Oise).
1836.	Boutigny,	Évreux (Eure).
1836.	Courdemanche,	Carpiquet (Calvados).
1836.	Delarue,	Évreux (Eure).
1846.	Desrheims,	Saint-Omer (Pas-de-Calais).
1846.	Deschamps jeune,	Lyon (Rhône).
1846.	Desfosses,	Besançon (Doubs).
1825.	Dublanc,	Troyes (Aube).
1825.	Duportal,	Montpellier (Hérault).
1846.	Girardin,	Lille (Nord).
1825.	Lesant,	Nantes (Loire-Inférieure).
1825.	Meyrac,	Dax (Landes).
1825.	Morin,	Rouen (Seine-Inférieure).
1825.	Plagne,	Brest (Finistère).
1825.	Prével,	Nantes (Loire-Inférieure).
1825.	Saves,	St-Plancard (Haute-Garonne).

(Doivent être portés à 20.)

CORRESPONDANTS ÉTRANGERS.

1re DIVISION.

Anatomie et physiologie, pathologie médicale, thérapeutique et histoire naturelle médicale, anatomie pathologique, hygiène publique et médecine légale.

MM.		
1835.	Ammon,	à Dresde.
1835.	Arnold (F.),	Heidelberg.
1835.	Bellingeri,	Turin.
1835.	Bang,	Copenhague.
1835.	Bischoff (T.-L.-G.),	Giessen.
1846.	Bouros,	Athènes.
1846.	Bussemaker,	Amsterdam.
1835.	Capello,	Rome.
1835.	Casper,	Berlin.
1835.	Chatard,	Baltimore.
1846.	Chossat,	Genève.
1835.	Christison,	Édimbourg.
1835.	Conradi,	Gœttingue.
1835.	Delle Chiaje,	Naples.
1835.	Domanget,	Chambéry.
1835.	Fallot,	Namur.
1835.	Farre,	Londres.
1835.	Folch.	Barcelone.
1846.	Gaëtani-Bey,	au Caire.
1835.	Geromini,	Crémone.
1846.	Guislain,	Gand.
1846.	Hyrtl,	Vienne.
1835.	Jackson (Samuel),	Philadelphie.
1835.	Jung,	Bâle.
1835.	Laroche,	Philadelphie.
1835.	Markus,	Saint-Pétersbourg.
1835.	Maunoir père,	Genève.
1846.	Mayer,	Bonn.
1846.	Moulon,	Trieste.
1835.	Owen (Richard),	Londres.
1835.	Purkinje,	Breslau.
1835.	Ricord (Alex.),	Haïti.
1835.	Raikem,	Volterra.
1835.	Rapp,	Tubingen.
1835.	Rathke,	Kœnigsberg.
1835.	Renzi (De),	Naples.
1835.	Rogei (Pierre),	Londres.
1835.	Rubio,	Madrid.
1835.	Schrœder van der Kolk,	Utrecht.
1835.	Soane (Mateo),	Madrid.
1835.	Speranza,	Parme.
1835.	Trompeo,	Turin.
1835.	Van der Hœven,	Leyde.
1835.	Vrolik,	Amsterdam.
1835.	Wardrop,	Londres,
1835.	Weber,	Leipzig.
1835.	Zanetti,	Florence.

(Doivent être réduits à 25.)

Digitized by Google

2e DIVISION.

Pathologie chirurgicale, médecine opératoire, accouchements.

MM.		
1835.	Bancroft (E.),	à la Jamaïque.
1835.	Beck (John),	New-York.
1835.	Billi,	Milan.
1835.	Brandin,	Quito.
1835.	Castroverde,	la Havane.
1835.	Chelius,	Heidelberg.
1846.	Doubowistzky,	Saint-Pétersbourg.
1835.	Halphen,	la Nouvelle-Orléans.
1835.	Heusinger,	Marbourg.
1835.	Hodgson,	Londres.
1835.	Jackson,	Boston.
1835.	Jæger (Fréd.),	Vienne.
1835.	Knox (Rob.),	Londres.
1835.	Kopp,	Hanau.
1835.	Lee,	Londres.
1846.	Meissner,	Leipzig.
1835.	Quadri,	Naples.
1846.	Raccord,	Smyrne.
1846.	Rosenbaum,	Halle.
1835.	Siebold,	Gœttingue.
1846.	Thorstensen,	Reikevig (Islande).
1835.	Waring,	Savannah.
1835.	Wutzer,	Bonn.

(Doivent être réduits à 12.)

3e DIVISION.

Médecine vétérinaire.

MM.		
1835.	Hering,	à Stutgard.
1835.	Levrat,	Lausanne.
1846.	Verheyen,	Bruxelles.

(Doivent être maintenus à 3.)

4e DIVISION.

Physique et chimie médicales, pharmacie.

MM.		
1835.	Amici,	à Florence.
1846.	Blassius,	Halle.
1835.	Brande,	Londres.
1835.	De la Rive (Aug.),	Genève.
1846.	Ehrenberg,	Berlin.
1835.	Faraday,	Londres.
1838.	Holst,	Christiania.
1846.	Jacobi,	Bonn.
1835.	Martius,	Munich.
1835.	Quetelet,	Bruxelles.
1835.	Rose (Henri),	Berlin.
1846.	Wöhler,	Gœttingue.

(Doivent être réduits à 10.)

Digitized by Google

Digitized by Google

MÉMOIRES

DE

L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

PARTIE HISTORIQUE.

ÉLOGE

DE

M. GUÉNEAU DE MUSSY,

PRONONCÉ DANS LA SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 14 DÉCEMBRE 1858,

PAR

M. FRÉDÉRIC DUBOIS,

Secrétaire perpétuel de l'Académie impériale de médecine.

Messieurs,

Vicq d'Azyr a dit quelque part que l'examen des grandes réputations et de leurs causes serait une recherche curieuse et utile. « Tel » fleuve, dit-il, roule avec fracas des eaux impures, un autre s'enor- » gueillit de celles qui lui sont étrangères : voilà l'emblème des répu- » tations usurpées. »

Pour notre part, Messieurs, et nous devons nous en féliciter, nous

Digitized by Google

n'avons jamais eu à nous occuper de ces fausses et mensongères réputations; si parfois, tout en mesurant notre langage, nous avons dû mêler quelques critiques à nos louanges et montrer quelque sévérité, nous avons la conscience de l'avoir fait avec une équité et une modération qui ont rassuré tous les cœurs droits et honnêtes.

Mais il est une étude plus douce et plus consolante, c'est celle qui consiste à rechercher l'origine et les causes de ces modestes et paisibles réputations que personne n'oserait contester, qui demeurent pures et intactes au milieu des intérêts et des passions du monde, et dont Vicq d'Azyr aurait pu trouver l'emblème dans cette Aréthuse aux ondes fortunées :

> Ce cristal toujours pur, et ces flots toujours clairs,
> Que jamais ne corrompt l'amertume des mers.

Étude attrayante, pleine de charmes, qui vous sourit sans doute, Messieurs, et dont je vais trouver tout un chapitre dans la vie de M. Guéneau de Mussy, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de cette Académie, et pendant plusieurs années directeur de l'École normale.

La vie de M. Guéneau de Mussy a été celle d'un sage, exemplaire, pieuse et honnête; étranger à toute espèce d'ambition, dédaignant le bruit et l'éclat, il a porté dans le monde les habitudes d'un de ces graves solitaires de Port-Royal, dont il partageait les rigides croyances, les pratiques austères et les sentiments élevés.

Historien de cette noble vie, je n'aurai donc rien à retrancher, rien à excuser, rien à dissimuler. Et voyez, Messieurs, quel est ici le privilége d'une si haute vertu : peut-être m'est-il arrivé de faire naître dans vos esprits un peu d'appréhension, lorsque, ayant à parler de quelques grandes réputations médicales, j'annonçais que j'allais dire la vérité, la vérité tout entière; cette fois, j'en ai la conviction, c'est un sentiment de satisfaction que je vais exciter en vous quand je dirai que c'est encore la vérité, et la vérité tout entière que je vais mettre sous vos yeux.

C'est que dire la vérité sur M. Guéneau de Mussy, c'est raconter de belles actions et faire connaître un noble caractère; c'est montrer la douceur unie à la fermeté, le savoir à la modestie, la patience au courage; c'est dire, enfin, qu'à toutes les époques de sa vie, M. Guéneau de Mussy a su donner le rare exemple du mépris des richesses, de la

Digitized by Google

constance dans l'adversité et du plus inflexible attachement à ses devoirs de sage médecin, d'homme probe et consciencieux.

François Guéneau de Mussy naquit le 11 juin 1774, à Semur en Auxois, sur les confins du Morvan; son père était, comme on le disait alors, un gentilhomme terrien, seigneur de Mussy-Lafosse, petit village situé sur une de ces stations du vainqueur des Gaules, qu'on désigne partout sous le nom de *camps de César*.

Mais le jeune Guéneau avait déjà dans sa famille une autre noblesse accessible à tous, et qui devait bien autrement l'obliger, c'était cette part de gloire qui, tout en s'effaçant dans une plus grande, n'en avait pas moins illustré l'un de ses oncles, Guéneau de Montbeillard, ce dévoué collaborateur que Buffon appelle partout l'un des meilleurs écrivains de son siècle.

L'intention du père de M. Guéneau de Mussy n'était cependant pas de faire tout d'abord de son fils un savant; il voulait avant tout lui inspirer le goût des lettres, et pour cela lui faire parcourir le cercle entier des humanités. Deux grandes congrégations s'étaient, en d'autres temps, disputé l'enseignement de la jeunesse: la compagnie de Jésus et l'Oratoire. La première avait jeté un plus vif éclat : presque tous les hommes de lettres de l'époque, sans en excepter les philosophes, étaient sortis de son sein; elle façonnait les hommes au commerce du monde, elle les poussait et les soutenait dans toutes les carrières. L'Oratoire subsistait encore; son enseignement était grave, austère, et néanmoins libéral; il fortifiait les âmes et les préparait aux luttes de la vie. Ce fut chez les Oratoriens de Lyon que fut envoyé le jeune Guéneau de Mussy; il y trouva parmi ses condisciples des jeunes gens qui devinrent plus tard des hommes considérables : Camille Jordan, les frères Perrier, Ampère, de Gérando, Royer-Collard, le futur médecin; de là naquirent quelques-unes de ces longues amitiés que sut éprouver et inspirer M. Guéneau de Mussy.

C'est chose méritoire assurément, Messieurs, que d'avoir su reprendre une éducation première qui n'a pas été faite en son temps, et l'on doit admirer ceux qui ont eu ce courage, mais c'est un malheur dont il faut les plaindre, car il est irréparable. Ce premier défrichement de l'intelligence ne peut être ajourné, et c'est en vain que des hommes de génie ont cherché par des études opiniâtres, mais tardives, à

Digitized by Google

combler cette lacune de l'esprit; tous sont demeurés incomplets.

Nous nous empresserons donc, nous aussi, Messieurs, de féliciter le ministre sage et prudent qui ne veut plus que le futur médecin soit arrêté dans le cours de ses humanités, ou qu'une main imprévoyante le pousse dans une voie d'abaissement et de regrets ; et ici, nous associant à une voix connue de nous tous, et si justement applaudie dans une autre enceinte, nous dirons : Honneur à nos deux Facultés de Paris et de Montpellier ! honneur à ces gardiennes vigilantes des saines traditions, qui, après avoir courageusement protesté contre une mesure humiliante, ont enfin obtenu qu'on nous restituât dans son entier ce noble enseignement littéraire !

Heureux du moins en cela, M. Guéneau de Mussy put donner toute sa jeunesse à ces belles études, et pour les couronner dignement, il obtint, à la fin de son année de rhétorique, tous les premiers prix, à l'exception de celui de composition française, qui fut décerné à Camille Jordan.

L'avenir se présentait alors au jeune Guéneau sous les couleurs les plus brillantes, et le moment allait arriver pour lui d'entrer dans une carrière; le choix, il est vrai, était un peu restreint, mais la Révolution ne lui laissa pas même le temps de se décider; elle vint tout à coup apporter la ruine et le deuil dans sa famille. Appelé précipitamment à Semur par la nouvelle de la maladie de son père, il arriva à temps pour lui fermer les yeux et pour prêter quelque appui à sa mère qui venait d'être emprisonnée ; mais bientôt lui-même, suspect d'aristocratie, fut obligé de se réfugier à Paris et d'y cacher sa vie chez un brave artisan jusqu'au 9 thermidor.

La France avait complétement changé de face et s'était donné de nouvelles institutions, mais la carrière des armes savantes pouvait encore s'ouvrir pour M. Guéneau de Mussy ; l'École polytechnique venait d'être instituée, M. Guéneau de Mussy ayant fait succéder à ses études littéraires des études approfondies dans les sciences mathématiques, put se présenter avec succès aux examens : le 16 frimaire an IV, lui et son jeune frère Philibert furent admis d'emblée au nombre des élèves.

Le sort de M. Guéneau de Mussy paraissait de nouveau se fixer, lorsque, dans le cours de l'année suivante, en l'an V, parut un arrêté du Directoire qui enjoignait, non-seulement aux fonctionnaires et aux professeurs de l'École, mais encore aux élèves, d'avoir à prêter le serment de

Digitized by Google

haine à la royauté, exigence inique et absurde qui portait non sur des actes dont on devait s'abstenir, mais sur des sentiments qu'on était tenu d'éprouver !

Des amis timides et alarmés engageaient M. Guéneau de Mussy à ne pas attirer par un refus de nouvelles persécutions sur sa famille; mais M. Guéneau de Mussy était déjà décidé à tout braver pour la justice et pour la vérité, il refusa de prêter le serment qui lui était demandé. Son frère et cinq de ses camarades s'associèrent à son refus ; les mesures de rigueur ne se firent pas attendre. Le 18 pluviôse, il reçut une lettre qui lui notifiait son exclusion de l'École comme indigne de l'éducation républicaine, avec menace de poursuites s'il ne renvoyait sur-le-champ son brevet d'admission.

Il est des hommes que l'adversité fortifie et qu'elle remplit de courage. M. Guéneau était de ce nombre. Obligé de renoncer à toute espèce d'emploi public, il tourna ses idées vers une carrière essentiellement libérale, tout à fait indépendante, qui allait lui permettre de satisfaire son goût pour les sciences et en même temps de montrer tout son dévouement pour l'humanité ; je viens de désigner la carrière médicale. Une fois ce parti pris, M. Guéneau apporta dans ses nouvelles études une ardeur et une contention telles que sa santé, naturellement délicate, fut bientôt sérieusement altérée: ce fut M. Hallé qui lui donna des soins; de là une vive et tendre amitié que devait resserrer plus tard une alliance entre les deux familles.

M. Guéneau soutint sa thèse pour le doctorat en 1803, et peu de temps après il débutait dans la pratique par les modestes fonctions de médecin des indigents de la division du Luxembourg et du cinquième dispensaire. C'était entrer en plein dans l'exercice de cette charité qui était pour lui la première des trois grandes vertus ; aussi M. de Champagny, ministre de l'intérieur, informé du zèle qu'il apportait dans ces humbles fonctions, lui adressa par écrit des félicitations, le priant en même temps de se charger, sans en rendre compte, de distribuer aux pauvres qui n'osaient pas se faire classer parmi les indigents les secours dont le ministère pouvait disposer.

M. Guéneau menait déjà cette vie paisible et retirée que nous lui avons tous connue; il avait retrouvé la plupart de ses amis de collége, et il en avait acquis d'autres, attirés par une étroite conformité de goûts et de

Digitized by Google

principes : parmi eux nous devons citer le vertueux Mathieu de Montmorency, le savant Héricart de Thury, les frères Rendu, si honorés dans la magistrature et dans l'instruction publique ; M. Jomard, déjà célèbre par ses voyages et par ses travaux, et plus tard, la plus grande illustration de l'époque, Châteaubriand.

Il faut dire cependant que cette vie de Paris, à part les pauvres qui lui inspiraient tant d'intérêt, et ces amitiés qui lui étaient si chères, n'avait que peu d'attrait pour M. Guéneau de Mussy. Ce fut donc sans regrets qu'il se vit appelé et retenu en Bourgogne par des affaires de famille ; il était allé s'établir provisoirement dans un village du département de Saône-et-Loire, où il avait une petite propriété qui réclamait sa présence. Séduit par les charmes de cette solitude et par l'idée d'être utile aux pauvres gens qui de toutes parts venaient le consulter, il eut très sérieusement le dessein de se faire médecin de village. C'était le rêve d'une belle âme, et ce rêve il voulait à toute force le réaliser. Mais dès que cette résolution fut connue, elle jeta l'alarme chez ses amis de Paris ; ils l'attaquèrent tous à la fois par toutes sortes de raisons. Ceux qui le connaissaient le mieux s'adressaient à son cœur et lui reprochaient de faire bon marché d'affections aussi dévouées ; ceux qui le connaissaient moins s'adressaient à son amour-propre, et lui demandaient si c'était pour finir ainsi qu'il avait fait des études si variées et si approfondies ; d'autres enfin, et ceux-ci ne le connaissaient pas du tout, s'adressaient à ses intérêts : ils lui firent offrir une position fixe par M. de Champagny, ministre de l'intérieur. Sa résolution cependant paraissait inébranlable, lorsqu'il s'engagea dans de nouveaux liens : il venait de trouver, dans une nièce du célèbre avocat Bergasse, la femme sainte et forte qui, disait-il plus tard, n'avait eu qu'une imperfection, l'excès du dévouement et de l'abnégation. Cette union l'avait ramené dans la ville de Châlon, où il se mit à exercer la médecine avec une grande distinction. Toutefois ses amis ne l'avaient pas perdu de vue, et quand M. Hallé, en 1814, eut à organiser le service médical de la maison de Monsieur, depuis Charles X, son premier soin fut de faire nommer M. Guéneau médecin ordinaire de ce prince, et presque en même temps il l'introduisait en la même qualité dans la maison de la duchesse de Bourbon.

On avait en outre fait savoir à M. Guéneau de Mussy qu'on allait

Digitized by Google

apporter des améliorations importantes dans le régime des prisons, et qu'on comptait sur lui pour en inspecter le service sanitaire.

M. Guéneau comprit qu'il ne lui était plus permis de résister au vœu de ses amis ; il revint donc et pour toujours à Paris.

Il n'y était pas cependant depuis longtemps, lorsque, sans l'avoir prévu ni désiré, il se trouva comme jeté dans une voie qui allait, il est vrai, le ramener aux fortes études de sa jeunesse, mais qui devait forcément l'écarter de la profession médicale.

Un des plus grands esprits dont la France puisse s'honorer dirigeait alors l'Université en qualité de président de la commission de l'instruction publique, c'était M. Royer-Collard, qui, de longue date, connaissait M. Guéneau de Mussy et savait l'apprécier. La place de directeur de l'École normale étant devenue vacante, il le proposa à la commission, et le 23 septembre 1815, il lui notifiait officiellement sa nomination.

C'était sans doute quelque chose de nouveau que de voir un médecin placé à la tête d'une institution où l'on enseignait à peu près tout, excepté la médecine ; mais à moins que cette qualité ne fût un titre d'exclusion, M. Guéneau de Mussy offrait toutes les garanties que pouvait exiger cette haute position. Imbu des meilleures traditions littéraires, il possédait les connaissances les plus vastes et les plus variées, et à ces connaissances il joignait le goût le plus sûr et le plus délicat. Ajoutez qu'ancien élève de l'Oratoire, M. Guéneau était essentiellement ami de la règle et d'une sage discipline, et que l'Université était pour lui comme une réunion de famille ; il y retrouvait en effet de nombreux amis, de proches parents, deux frères surtout, dont l'un à côté de lui, membre de la commission de l'instruction publique, et plus tard conseiller de l'Université.

Tous les hommes éminents sortis de cette École se plaisent encore aujourd'hui à rendre hommage à la direction toute paternelle de ce chef tendrement aimé ; sa sollicitude embrassait tout : on assure que plus d'une fois il lui est arrivé de suppléer de lui-même des professeurs absents pour que les cours ne fussent pas interrompus. Le temps que lui laissaient les soins de l'École, il le consacrait à d'autres institutions qui se rattachaient encore à l'éducation et à l'instruction de la jeunesse, telles que la Société pour l'instruction élémentaire et la Commission des collèges royaux.

Digitized by Google

Cette vie si sagement et si fructueusement remplie ne dura que sept années. Qui aurait pu prévoir qu'au milieu d'une sécurité profonde, et quand chacun s'applaudissait de la bonne direction imprimée aux études, un acte d'une brutalité inouïe allait tout à coup frapper, et le directeur, et les professeurs, et les élèves? Le 6 septembre 1822, une ordonnance royale, insérée au *Moniteur*, prononçait la dissolution de l'école, et une lettre d'une dureté sans exemple en informait le directeur. Six semaines étaient données tant aux maîtres qu'aux élèves pour songer à leur avenir! Cette suppression de l'École normale avait été tramée dans l'ombre; les vrais motifs n'en ont jamais été articulés. L'ordonnance alléguait, il est vrai, qu'il y aurait avantage à lui substituer des écoles divisionnaires dans les chefs-lieux d'académie; mais les influences funestes et toutes-puissantes qui prévalurent étaient d'une tout autre nature.

Quant à M. Guéneau de Mussy, tout chrétien austère qu'il était, et bien que catholique soumis, il ne put trouver grâce devant ce pouvoir envahissant et implacable qui dominait alors le pays tout entier; il fut sacrifié. Chef d'une famille nombreuse, il se trouva tout à coup privé d'un traitement important et obligé de se créer de nouvelles ressources; pas un mot cependant, pas un murmure ne trahit ses souffrances personnelles. De toutes parts lui arrivaient des témoignages de la plus vive sympathie, titres précieux que sa famille conserve religieusement comme la plus belle partie de son patrimoine: « Ce n'est pas à moi qu'il faut songer, » répondait M. Guéneau de Mussy, mais à ces pauvres jeunes gens qui » croyaient avoir trouvé une carrière et qui n'en ont plus! à ces fonc- » tionnaires sans place et sans moyens d'existence! Si vous pouvez » quelque chose, ajoutait-il, c'est d'eux qu'il faut vous occuper. » Et lui-même, donnant l'exemple, se fit solliciteur, non pour lui, bien entendu, mais pour ses compagnons d'infortune.

C'est alors qu'il eut à se féliciter de s'être toujours tenu au courant des progrès de la science médicale; âgé de quarante-sept ans, et quand de nouvelles charges lui étaient venues, il lui fallut reprendre l'exercice de son art et se reformer une clientèle: il s'était logé dans une petite maison à côté de l'École normale. A ces labeurs vinrent se joindre des afflictions de famille, il perdit coup sur coup plusieurs de ses enfants. Sa résignation et son courage furent de nouveau mis à l'épreuve; sa

Digitized by Google

grande piété et le travail lui vinrent en aide. C'était en quelque sorte une nouvelle vie que M. Guéneau de Mussy allait recommencer, pénible certainement en beaucoup de points, mais qui ne devait pas être sans de glorieuses compensations. Il ne pouvait plus, il est vrai, aspirer au professorat dans nos facultés ; mais deux grands théâtres pouvaient encore s'ouvrir pour lui : les hôpitaux et les Académies. Dès 1823, M. Guéneau de Mussy avait été porté, à deux reprises différentes, sur les listes de présentation pour une place de médecin au Bureau central des hôpitaux ; en avril 1826, il fut nommé médecin de l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Asselin, décédé.

Personne n'était plus pénétré que M. Guéneau de Mussy des devoirs attachés à ses nouvelles fonctions, et personne ne les a remplies avec plus de sollicitude et de dévouement. Sa ponctualité était proverbiale ; tout devait céder à l'heure de la visite, c'était pour lui un cas de conscience de faire attendre quelques minutes les élèves et les employés attachés à son service. C'était, disait-il, leur prendre ce qu'ils ont de plus précieux, leur temps. Je ne parlerai pas de son habileté, de sa prudence et de ses succès dans le traitement des maladies, ni de la sagesse de ses prescriptions ; tous ceux qui ont suivi ses visites peuvent en rendre témoignage. J'ai hâte d'arriver au grand rôle qu'il a joué parmi nous et aux services qu'il nous a rendus.

C'est en 1823 que l'Académie de médecine s'adjoignit M. Guéneau de Mussy en qualité de *membre honoraire*, non pas pour le reléguer dans une sorte de vétérance anticipée, mais pour le rapprocher, autant que possible, de la classe des titulaires qui était au complet.

Jamais homme ne réunit à un pareil degré toutes les qualités de l'académicien : savoir aussi étendu que profond, sentiment de dignité que n'altérait aucun sentiment d'orgueil, politesse tout à fait exquise, et respect inviolable pour toutes les convenances.

Vous devez vous le rappeler, Messieurs, c'était surtout dans les grandes et sérieuses discussions que brillait M. Guéneau de Mussy, et principalement dans celles qui portaient sur les graves et éternelles questions que le médecin trouve au fond de toutes ses études, à savoir : la nécessité d'une suprême et universelle intelligence, la subordination des organes à un principe immatériel et impérissable ; la liberté de la pensée et la responsabilité morale. J'ajoute que dans

Digitized by Google

ces luttes de la parole, on ne voyait jamais M. Guéneau de Mussy chercher ces succès d'un moment, ces ovations bruyantes et tumultueuses, qui trop souvent semblent dévolues à la trivialité et à la violence; ce que M. Guéneau de Mussy cherchait avant tout, ou plutôt ce qu'il trouvait sans le chercher, c'était le suffrage des esprits délicats et éclairés, l'assentiment des hommes consciencieux. Quelques citations suffiront, du reste, pour montrer avec quelle supériorité M. Guéneau de Mussy intervenait dans ces mémorables débats, et quelle était, dans ces circonstances, l'autorité de sa parole.

On reconnaîtra facilement que M. Guéneau de Mussy était bien de la famille des Pascal et des Nicole, soit que, par la méthode des géomètres, il cherchât à démontrer la vérité et à la discerner d'avec le faux; soit que, partant de la libre pensée humaine, il en montrât l'indépendance au sein de l'organisation; soit enfin que, par une douce et inoffensive ironie, il fît voir l'absurdité et le ridicule de certaines innovations médicales.

L'esprit géométrique de M. Guéneau de Mussy nous fut en quelque sorte révélé lors des débats qui eurent lieu sur une grave question de méthodologie médicale : je veux parler de la STATISTIQUE appliquée à la médecine.

Vers le commencement de 1837, un de nos plus éminents collègues, M. Cruveilhier, avait cru devoir appeler l'attention de l'Académie sur cette question : « Me sera-t-il permis, disait M. Cruveilhier, d'adjurer » ceux de nos honorables collègues qui ne font entendre leurs voix que » dans les occasions solennelles, de vouloir bien nous éclairer de leurs » lumières et de leur expérience (1). »

L'appel fait par M. Cruveilhier avait été entendu, et déjà MM. Andral, Louis, Husson et Bouillaud, avaient entamé la discussion. M. Guéneau de Mussy semblait encore se réserver, lorsqu'un jeune médecin, né en Espagne, élève de l'école de Montpellier et depuis quelques mois l'un de nos correspondants, demanda la faveur d'intervenir dans ce débat; il avait, disait-il, à lire un mémoire précisément sur cette question. L'Académie, contrairement à ses usages, mais par courtoisie, admit ce jeune étranger au nombre des orateurs.

M. Risueño d'Amador, c'est ainsi qu'on le nommait, fut donc appelé à cette tribune; son discours, écrit avec talent et plein de verve, était un réquisitoire en forme contre la méthode numérique appliquée à la mé-

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. I, p. 597.

Digitized by Google

decine ; l'auteur était certainement dans son droit en soutenant cette thèse, et d'ailleurs c'était quelque chose de piquant de voir un jeune Espagnol, dont l'accent fortement étranger ne déparait pas la diction, venir prendre part à nos débats.

Mais ce ne fut pas sans un vif regret que nous le vîmes, dès les premiers mots, s'écarter d'une modération d'autant plus nécessaire que, jeune et peu connu, il s'adressait à des hommes vieillis dans l'exercice de leur art, et que nous entourions tous de la plus haute estime.

« Votre école, leur disait-il, s'est avisée d'un moyen nouveau : elle » compte les faits et pense en apprécier la valeur par le nombre ; elle » additionne, divise et soustrait, et dans sa naïve simplicité croit per- » fectionner l'art et ses procédés. »

« Le fondement de votre méthode, ajoutait-il un peu plus loin, c'est » la probabilité ; or, la probabilité n'est guère que la théorie du » hasard. Invoquer la probabilité prise dans ce sens, c'est donc invoquer » le hasard, c'est renoncer à toute certitude médicale, à toute règle ra- » tionnelle tirée des faits propres à la science, c'est substituer enfin à ce » qu'on appelle *induction*, expérience, observation et raisonnement, » l'opération mécanique et inflexible du calcul. »

Pour faire voir ensuite à quel point nos collègues étaient dangereux, il leur disait : « Votre médecine n'est plus un art, mais une loterie; » votre méthode n'est qu'un coup de désespoir de l'art, qui, renonçant » pour toujours à savoir pourquoi et comment il agit, s'abandonne au » hasard sur la foi d'une arithmétique illusoire : c'est le scepticisme em- » brassant l'empirisme ! »

Il faut dire maintenant que M. d'Amador, pour arriver à ces graves inculpations, semblait s'être entouré des plus grandes autorités, et s'être en quelque sorte enfoncé dans toutes les profondeurs de la théorie mathématique ; on l'avait entendu citer tour à tour les plus fortes têtes mathématiques, Leibniz, Euler, Jacques et Nicolas Bernouilli ; et toutes ces autorités, à partir de Pascal jusqu'à M. Poisson, notre jeune orateur ne s'était pas contenté de les citer, il les avait appréciées et jugées ; il avait même relevé ce qu'il appelait leurs erreurs. Ainsi il avait soutenu que Laplace s'était *abusé*, dans son *Essai sur les probabilités*, en parlant du nombre des probabilités des levers du soleil.

Enfin, et pour terminer par une sorte de défi, M. d'Amador nous avait

Digitized by Google

résolûment déclaré dans ses conclusions : « Que la méthode numérique » importée en médecine et en thérapeutique est antiscientifique ; — qu'elle » détruit le véritable art et la véritable observation en substituant à » l'action de l'esprit et au génie individuel du praticien une routine in- » forme, aveugle et mécanique ; — qu'elle est inutile et même dangereuse, » puisqu'elle bouleverse la science ; — que si enfin elle est généralement » adoptée, c'est qu'elle est accessible aux intelligences les plus mé- » diocres, qu'elle flatte les plus humbles, et que c'est là son seul titre » à l'admiration de la multitude ! »

Ceci, Messieurs, devenait grave. L'Académie aurait bien pu se demander si ce n'était pas elle qui formait cette multitude, cette espèce de populace médicale que M. d'Amador traitait avec tant de dédain ; si ce n'était pas nous qui étions ces intelligences médiocres, ces humbles auxquels la méthode numérique convenait parce qu'elle était à leur portée.

Mais ce qui nous rassurait un peu, c'est que parmi ces humbles se serait trouvé M. Guéneau de Mussy ; M. Guéneau de Mussy qui, fort de ses anciennes études dans les sciences mathématiques et de sa longue pratique médicale, n'avait pu entendre sans sourire et l'ambitieuse digression de M. d'Amador sur la théorie mathématique, et ses attaques si hautaines contre les médecins qui s'avisent de tenir un compte exact de leurs observations. Toutefois comme il importait de ne pas laisser l'Académie sous le coup d'imputations aussi étranges, M. Guéneau de Mussy demanda la parole. Le premier point ne lui parut mériter que quelques mots de réponse. « Je ne crois pas, dit-il, avoir à défendre sérieusement » la théorie mathématique du reproche qui lui a été fait d'être trom- » peuse et de tomber en contradiction avec elle-même. La théorie mathé- » matique peut être mal comprise et mal appliquée, mais elle ne trompe » jamais ; elle est également sûre, et dans les principes dont elle part, et » dans la marche qu'elle suit pour en déduire les conséquences (1). »

Il y avait ici une confusion qu'il importait de faire cesser. M. d'Amador avait sans cesse mêlé les applications de la théorie mathématique avec celles qui résultent en médecine de l'emploi de la méthode numérique : ainsi, après avoir cité l'exemple du joueur qui jette en l'air une pièce de monnaie, et qui calcule toutes les chances qui peuvent amener *face* ou *pile*, il avait soutenu que *la probabilité thérapeutique*

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. I, p. 758.

Digitized by Google

s'établit de la même manière : que là aussi on jette des pièces en l'air ! avec cette seule différence qu'au lieu de trouver *face* ou *pile*, on trouve *vie* ou *mort !*

C'était là, Messieurs, des assimilations que ne pouvait permettre M. Guéneau de Mussy : « Il n'y a rien de commun, répondit-il, entre les ques-» tions auxquelles se rapportent les exemples mis en avant et celles que fait » naître l'application de la méthode numérique aux sciences médicales. » Les premières peuvent être toutes comprises dans l'énoncé général : » Connaissant les diverses combinaisons qui peuvent amener un événe-» ment, et le nombre de ces combinaisons, déterminer les chances qui » existent pour ou contre chacune d'elles.

» Les secondes sont d'une tout autre nature, et doivent être trai-» tées par des procédés différents ; elles sont des cas particuliers d'un » problème général ainsi conçu : Étant donné une série de faits sem-» blables, en déduire des lois applicables à une autre série de faits de » même nature. »

Voilà, Messieurs, comment cet esprit lumineux, comme auraient dit ses maîtres de Port-Royal, ramena le problème médical à toute sa simplicité.

Mais si M. Guéneau de Mussy avait parlé avec cette netteté et cette parfaite compétence lorsqu'il s'agissait de théories purement mathématiques, avec quelle force et quelle autorité ne l'entendîmes-nous point traiter des applications de la méthode numérique à la médecine pratique.

Ce n'était plus l'ancien élève de l'École polytechnique, l'ancien directeur de l'École normale qui allait réfuter le mathématicien improvisé ; c'était le médecin de l'Hôtel-Dieu, le vieux praticien qui allait répondre au clinicien de fraîche date. Aussi lui suffit-il encore de quelques mots pour faire tomber tout cet échafaudage d'accusations.

Cette sérieuse réfutation, Messieurs, doit avoir laissé de longs souvenirs dans vos esprits, car les paroles de M. Guéneau de Mussy, empreintes comme toujours de la plus grande modération, répondaient à de profondes convictions.

« Je ne conçois pas, disait-il, comment dans une science d'obser-» vations et d'expériences, on a pu refuser à la statistique la part qui » lui appartient....

» Si je ne me trompe, on a toujours compté, et nous comptons tous

Digitized by Google

» encore aujourd'hui ; de tout temps, même à ces époques où l'enthou-
» siasme d'une théorie nouvelle s'emparant des esprits semblait dominer
» le monde médical, il y a eu des praticiens fidèles à l'observation, qui
» croyaient que la science doit avant tout s'appuyer sur des faits bien
» étudiés et bien comptés.

» Et les aphorismes des grands maîtres, ces vives et précises expres-
» sions des faits généraux que nous gravons dans notre mémoire, que nous
» invoquons comme des principes reconnus, d'où leur vient leur auto-
» rité? Sont-ils le fruit de quelques soudaines inspirations, ou de
» quelques conceptions *à priori?* Non, sans doute; ils sont le résultat
» de l'observation guidée par un coup d'œil sûr et fécondée par un esprit
» puissant. »

Un assentiment général accueillit ces belles paroles, qui n'étaient, du reste, qu'une sorte d'introduction à bien d'autres arguments. Un point surtout avait frappé M. Guéneau de Mussy et ne pouvait rester sans réponse. M. d'Amador avait mis sans cesse en opposition la méthode *inductive* et la méthode *numérique*. « C'est à tort, lui répondit M. Guéneau de Mussy,
» que vous avez voulu mettre la méthode inductive en opposition avec la
» méthode numérique; l'induction, à laquelle, depuis Bacon, les sciences
» naturelles doivent tous leurs progrès, n'a d'autre point de départ que
» les faits bien observés et rigoureusement comptés; donc, la méthode
» numérique fait nécessairement partie de la méthode inductive. »

Il n'y avait rien à répliquer à des objections si justes et si claires. Il faut dire d'ailleurs que M. Risueño, si bien préparé pour l'attaque, ne l'était pas du tout pour la défense; de sorte que, sauf quelques mots trop personnels pour qu'on pût répliquer, il dut en rester là.

Du reste, M. Guéneau de Mussy avait répondu à tout ce qu'il y avait de spécieux dans ce mémoire; seulement, comme il convenait à un esprit digne et sérieux, il n'avait pas cru devoir relever des attaques si directes et si inconvenantes contre des hommes respectés de tous :
« Je ne crois pas, dit-il en terminant, avoir à défendre mes collègues
» du reproche qui leur a été fait de ne savoir ni observer ni raisonner.
» En défendant la méthode numérique comme ils l'ont fait, c'est-à-dire
» comme le principal instrument des sciences d'observation, ils ont
» suffisamment prouvé qu'ils n'ont pas fait abnégation de leur faculté

Digitized by Google

» d'examen et de leur jugement, et qu'ils n'ont jamais entendu se » réduire à n'être qu'une machine arithmétique. »

Quant à ce classement très peu flatteur qui nous avait relégués à peu près tous parmi les esprits médiocres et les humbles, M. Guéneau de Mussy n'y fit pas même allusion ; il laissa à M. d'Amador la satisfaction de se séparer de la multitude pour se placer parmi les grands artistes, ou plutôt parmi les génies supérieurs et individuels ; génies précieux qui ne s'abaissent pas jusqu'à compter les faits en médecine, qui n'ont pas même besoin des faits, éclairés et guidés qu'ils sont par des voix intérieures, par des influences secrètes, par des instincts, des tacts mystérieux ; toutes choses, il est vrai, qui ne peuvent ni s'expliquer, ni se définir, ni s'enseigner, ni même se comprendre, mais qui précisément à cause de cela demeurent le privilége exclusif de ces rares esprits.

Mais si, cette fois, M. Guéneau de Mussy n'avait pas craint de se commettre avec un jeune étranger qui n'avait pour lui que les souvenirs d'un concours d'élève, on le vit affronter dans une autre circonstance un homme d'une immense réputation, qui s'était fait un nom impérissable dans la science, qui avait opéré en médecine une véritable révolution, qui avait enfin par-devers lui l'autorité d'un grand talent et les vives sympathies de la jeunesse : je veux parler de Broussais.

Tel était, en effet, l'athlète redoutable, l'orateur véhément, le fougueux tribun avec lequel M. Guéneau de Mussy, homme de paix, d'étude et de méditation, allait entrer en lice. C'est que cette fois il y avait à prendre en main non-seulement la défense de la vérité et de la raison, mais encore celle de la morale.

On sait que dans les dernières années de sa vie, Broussais s'était pris d'un véritable enthousiasme pour une doctrine qui, du nom de son inventeur, avait été désignée sous le nom de *doctrine de Gall*. Or cette doctrine, connue aussi sous le nom de PHRÉNOLOGIE, bien qu'adoptée et enseignée par bon nombre de médecins, n'avait pas encore osé se produire à l'Académie de médecine ni se soumettre à une sérieuse discussion, lorsque l'un de nous, homme de beaucoup d'esprit, mais qui ne se piquait pas d'être fort discret, M. Rochoux, s'avisa de soulever incidemment cette question et de provoquer le plus orageux débat.

C'était en avril 1836. M. Rochoux venait de donner lecture d'un mémoire sur les causes de l'*apoplexie*, sujet qui lui était familier et sur

Digitized by Google

lequel il avait publié un excellent ouvrage. Tout en s'occupant du cerveau et de ce qu'on pourrait appeler la mécanique cérébrale, M. Rochoux avait cru pouvoir dire en passant son opinion sur la localisation des facultés intellectuelles, et, comme il n'apportait pas toujours une grande réserve dans ses paroles, il avait déclaré en pleine Académie que la doctrine de Gall, ou plutôt que la phrénologie était l'une des trois grandes mystifications scientifiques du XIXe siècle, les deux autres étant le magnétisme animal et l'homœopathie.

Le scandale de cette déclaration n'aurait été que très médiocre parmi nous, si ce puissant esprit qui de nos jours avait si violemment ébranlé l'édifice médical, Broussais, n'avait cru devoir la relever.

Broussais, devenu partisan de la doctrine de Gall, apportait dans la défense de la phrénologie la même ardeur, la même fougue et les mêmes convictions qu'en d'autres temps dans la défense de sa propre doctrine; aussi, dès qu'il eut connaissance du blasphème que venait de proférer M. Rochoux, on le vit accourir plein de courroux et d'indignation :

« Que l'on élève des objections, dit-il, contre la phrénologie, je n'en » suis pas surpris, mais qu'on l'appelle une des grandes mystifications » du siècle, c'est là ce que je me crois obligé de réfuter au nom de la » science, au nom de l'humanité, au nom du bon sens. »

Toutefois Broussais n'entendait pas soutenir toutes les localisations imaginées par le père de la doctrine ; il voulait qu'on s'en tînt à quatre grandes divisions ou régions de l'encéphale ; et voici à l'aide de quel raisonnement il croyait pouvoir démontrer tout à la fois le siége et les fonctions de ces quatre groupes d'organes :

« Il est incontestable, disait-il, que la dépression des parties antérieures du cerveau entraîne la perte des facultés intellectuelles; donc » l'intelligence est placée dans cette région.

» La dépression des parties postérieures amène l'affaiblissement des » sentiments ; donc les affections sont placées en arrière de la tête.

» La dépression des parties supérieures exclut les sentiments élevés » et moraux ; donc la moralité appartient à cette région.

» Enfin, un aplatissement des masses latérales diminue le penchant » au meurtre et à la destruction ; donc ces instincts résident dans cette » région. »

Digitized by Google

Telle était la doctrine restreinte que Broussais allait chercher à faire prévaloir parmi nous; je dis restreinte, car au lieu de porter, comme on l'avait fait avant lui, à vingt-sept ou à trente et un, ou même à trente-trois, le nombre des organes encéphaliques, et de les figurer par autant de protubérances ou de bosses à la surface du crâne, la phrénologie se faisait plus humble devant l'Académie, renonçait à cette topographie cérébrale si chère aux demi-savants et aux gens du monde ; elle n'admettait plus que quatre groupes de facultés représentées par quatre masses distinctes.

Mais bien que retranchée ainsi dans des limites plus étroites et en apparence plus faciles à défendre, la doctrine allait avoir de rudes assauts à soutenir. L'intrépide Broussais, que rien ne pouvait déconcerter, avait lui-même entamé la discussion par une violente sortie : de toutes parts, on demandait la parole; mais c'était dans la personne de M. Guéneau de Mussy que Broussais allait rencontrer le plus calme, le plus sensé, et par cela même le plus redoutable de ses adversaires.

Ces deux hommes, du reste, étaient peut-être ce qu'il y avait de plus dissemblable et de plus opposé, aussi bien pour le genre de talent que pour le caractère : l'un, ardent, fougueux, toujours véhément, souvent caustique et mordant, semblait né pour la lutte et pour l'opposition; l'autre, posé, réfléchi, plein de sagesse et de modération, toujours maître de lui-même, inébranlable dans ses principes, était comme une digue qu'aucune vague ne peut renverser. Un conflit entre eux était donc inévitable; et au fond c'étaient deux philosophies qui allaient se trouver en présence, l'une à laquelle on a donné dans ces derniers temps le nom d'*organicisme*, l'autre qu'on a toujours désignée sous le nom de *spiritualisme*.

Broussais, chose remarquable, avait tout d'abord insisté pour que dans ce débat on mît de côté des armes qui en d'autres temps, disait-il, lui avaient été familières, mais auxquelles il avait renoncé, à savoir : le ridicule, l'ironie et le sarcasme. « Le ridicule, disait-il, ne prouve » rien; il ne peut renverser une science. Je m'en suis servi lorsque » j'étais jeune ; mais plus j'ai réfléchi, plus j'ai trouvé que c'était une » arme insignifiante. »

En cela, Broussais allait se trouver parfaitement d'accord avec M. Guéneau de Mussy : celui-ci, toujours grave, toujours sérieux, n'enten-

Digitized by Google

dait nullement se placer sur ce terrain. Si donc Broussais croyait l'affaiblir en lui demandant de ne pas se servir du ridicule, il allait au contraire le fortifier et s'affaiblir lui-même.

« Je reconnais avec vous, répondit M. Guéneau de Mussy, que le ridi» cule n'est pas un instrument scientifique, et je regrette qu'il n'ait » pas toujours été banni de cette discussion; je suis loin de l'appeler » sur la phrénologie, je veux au contraire qu'on étudie et qu'on » recueille sévèrement les faits avant de systématiser. »

Cet accord établi entre les deux orateurs, l'impatient Broussais ne voulut pas même attendre les objections; il les connaissait toutes, disait-il, et d'avance il allait les réfuter.

A ceux en effet qui se proposaient de lui objecter qu'on trouve parfaitement développées chez les animaux les parties que la doctrine assigne au jugement, à l'induction et à la recherche des causes, Broussais répondit que les animaux ont toutes ces facultés. Et pourquoi, disait-il, « ne trouverait-on pas les parties supérieures développées » chez les animaux, puisqu'ils ont des sentiments élevés, tels que » l'orgueil, l'ambition, le dédain et le mépris? La vénération existe » chez eux; la justice, ils l'ont comme vous, s'écriait Broussais, en » étendant le bras vers ses collègues! »

« Vous allez peut-être aussi m'objecter, reprit-il, qu'on trouve encore très développées chez des animaux essentiellement paisibles, tels que le mouton, les parties latérales du cerveau qui sont destinées aux instincts du combat, du meurtre et de la destruction. Mais je vous répondrai qu'ici vous interprétez mal les faits. Ces instincts, en apparence si formidables, ne sont, en réalité, que des instincts de conservation; ces masses latérales ne produisent que des actes nécessaires à l'entretien de la vie. Pour subsister, pour vivre au milieu de la création, il faut se défendre, il faut attaquer, et par conséquent détruire : votre mouton, que vous donnez comme l'emblème de la douceur, est un grand destructeur, car il mange de l'herbe; or, manger de l'herbe, c'est détruire! »

M. Guéneau de Mussy avait trop bon goût pour insister sur ce qu'il y avait de dérisoire et de ridicule dans ce raisonnement resté célèbre depuis cette discussion; il fit seulement remarquer, mais avec infiniment d'esprit, que c'était changer complétement la destination des

Digitized by Google

organes pour l'accommoder à la doctrine. « Eh ! quoi, dit-il, vous donnez maintenant comme agents de conservation ce qui était d'abord qualifié par vous agents de destruction. Vous aviez là des organes malfaisants, vous y rattachiez les rixes, les combats et le meurtre ; mais comme on vient de vous montrer ces mêmes organes très développés chez de timides herbivores qui ne savent pas même se défendre ; ce ne sont plus que des organes de simple nutrition ! de sorte que ce qui fait que le loup mange le mouton fait aussi que le mouton mange l'herbe ! »

Mais Broussais, se sentant pressé par M. Guéneau de Mussy, avait fait une singulière concession : il avait été jusqu'à dire que, pour rendre raison de l'énergie des organes, il ne faut pas seulement tenir compte de leur *volume*, mais aussi de leur *activité*.

Or c'était un aveu qui, d'un seul coup, comme le fit remarquer M. Guéneau de Mussy, renversait tous les fondements de la phrénologie. « Comment, disait M. Guéneau de Mussy, voilà une science qui prétend reconnaître les facultés et les penchants des hommes aux protubérances de leur crâne, c'est-à-dire à des saillies déterminées par le volume des organes sous-jacents ; et cette même science, quand ces saillies font défaut, vient nous dire qu'il ne faut plus alors avoir égard au volume de ces organes, mais à leur degré d'activité ! qu'avec des organes exigus, on peut avoir des facultés dominantes et des penchants irrésistibles ! »

« Ainsi, poursuivait M. Guéneau de Mussy, votre phrénologie, qui en principe ne devait considérer que le développement matériel de ce qu'elle appelle des organes, vient maintenant nous dire que ce n'est là qu'un des éléments de leur puissance ; que seul il ne signifie rien ; qu'il faut aussi en mesurer l'activité, chose immatérielle et insaisissable, et que cette activité ne suit pas toujours les mêmes rapports que le volume ! »

M. Guéneau de Mussy avait mille fois raison ; cet aveu arraché à Broussais annulait de tout point les principes de la phrénologie, ou plutôt il n'y avait plus de phrénologie.

Il faut dire maintenant que, dans le cours de la discussion, une étrange assertion avait été émise par un des partisans de la phrénologie : il avait dit, en montrant le plâtre de la tête de *Fieschi*, que cet homme avait été tout ce que son organisation avait voulu qu'il fût. Étrange et désolante doctrine ! je le répète, qui, ne tenant plus aucun

Digitized by Google

compte de la libre pensée humaine, conduisait directement au plus absolu fatalisme, mais qui allait trouver dans M. Guéneau de Mussy son plus chaleureux et plus éloquent adversaire.

« J'ai été confondu, dit M. Guéneau de Mussy, quand j'ai entendu avancer à cette tribune cette proposition; mais j'aime à croire que notre honorable collègue n'a pas en cela exprimé sa pensée, et, ce qui me le persuade, c'est qu'il a appelé Fieschi un grand criminel : or si Fieschi n'a été que l'instrument aveugle d'une organisation défectueuse, il n'a pas été criminel. Je n'appelle pas criminel la pierre qui tombe et qui me blesse en tombant; ce sont ceux qui l'ont jugé et condamné qui ont commis un acte de cruauté, à moins qu'eux aussi n'aient été sous la domination d'une organisation homicide. »

Ce raisonnement, Messieurs, était irrésistible, vous étiez déjà convaincus ; mais M. Guéneau de Mussy poursuivant le même ordre d'idées, et s'adressant de nouveau à celui de nos collègues qui avait hasardé cette proposition, il lui dit d'une voix émue et un peu tremblante :

« Ah ! sans doute, telle n'a pas été votre pensée : vous n'avez pas voulu, vous n'avez pas pu vouloir établir cette déplorable doctrine qui viendrait nier et l'activité de l'intelligence et la liberté de la pensée, pour ne plus voir en nous que matière et que servitude; qui, après avoir enlevé à l'homme et ses forces morales et ses immortelles espérances, ne lui laisserait que l'aveugle et fatale puissance du rocher ! »

C'est par de longs applaudissements, Messieurs, que vous avez accueilli cette noble protestation qui honorait tout à la fois le médecin moraliste qui la prononçait et l'assemblée qui reconnaissait en lui son véritable interprète.

M. Guéneau de Mussy, j'aurais dû commencer par le dire, était entré dans cette discussion sans idée préconçue, sans parti pris sur le degré de certitude de la phrénologie; il avait longtemps gardé le silence, cherchant à s'éclairer, écoutant tout, prenant note de tout : quel fut le résultat de cette scrupuleuse et impartiale appréciation ? M. Guéneau de Mussy finit par le dire lui-même, avec une grande modération, mais avec une grande netteté :

« Messieurs, dit-il à ses collègues, je le déclare maintenant : il est démontré pour moi, par tout ce que j'ai entendu de part et d'autre dans quatre séances consécutives, que s'il est dans les destinées de la

Digitized by Google

phrénologie d'être un jour une science, cette science est encore toute à faire; que les principes qu'elle a posés jusqu'ici n'ont offert qu'incertitude et instabilité; que les résultats qu'elle a donnés ont été presque toujours démentis et renversés. Je propose donc à l'Académie d'ajourner cette discussion jusqu'à l'époque où des faits plus précis, plus nombreux et plus sévèrement reconnus pourront lui fournir des bases plus solides. »

L'Académie s'empressa d'adopter cette proposition si modérée et si sage de M. Guéneau de Mussy. Mais, Messieurs, vous le savez, ces faits plus précis, plus nombreux et plus décisifs, ne sont pas venus; la phrénologie en est restée au même point, offrant toujours les incertitudes et l'instabilité que lui reprochait M. Guéneau de Mussy. Ainsi appréciée et jugée par cet esprit rigoureux, elle n'a plus osé se présenter dans cette enceinte, elle est restée sous le coup de cette accablante déclaration.

Les discussions dont je viens de rendre compte remontent à une époque déjà fort éloignée; depuis, bien d'autres, auxquelles M. Guéneau de Mussy a pris part, ont occupé l'Académie pendant de longues séances; le temps ne me permettrait pas même de les mentionner. Tout au plus pourrai-je dire quelques mots d'une simple décision, prise sans le moindre débat, sur la proposition de M. Guéneau de Mussy, dans une circonstance assez délicate : il s'agissait cette fois de l'HOMOEOPATHIE.

L'homœopathie, vous le savez, Messieurs, a cela de particulier qu'elle n'a jamais pu prendre rang parmi les choses enseignées ou même discutées sérieusement; qu'elle est restée complétement étrangère à l'enseignement de nos écoles, et qu'elle ne compte aucun représentant dans nos Académies; mais, par contre, elle a pu s'introduire subrepticement dans quelques établissements hospitaliers et s'y maintenir malgré les vives réclamations des commissions administratives. Or, c'était un fait de cette nature qui avait amené l'Académie à s'occuper un moment de l'homœopathie.

Un praticien, connu par ses tendances homœopathiques, avait été nommé médecin d'hôpital dans une ville de province, à raison de quelques droits acquis; mais avant d'entrer en fonctions, il avait librement accepté la condition que lui avait imposée la commission administrative, de ne faire dans son service aucune application des traitements homœopathiques.

Digitized by Google

La commission se reposait donc sur la bonne foi du médecin ; mais bientôt celui-ci, ne tenant plus aucun compte de ses engagements, se mit à faire publiquement dans son service des choses qui ressemblaient singulièrement à de l'homœopathie. La commission s'était récriée ; mais loin de se rendre aux réclamations des administrateurs, il avait répondu que « le médecin au lit du malade ne relève que de Dieu et de sa conscience, et qu'aucun pouvoir humain n'aurait le droit de le diriger dans ses prescriptions. »

C'était le prendre d'un peu haut ; mais comme la commission trouvait, de son côté, que pour être appelé et maintenu au lit du malade, le médecin relève bien aussi un peu de la famille ou de ceux qui la représentent, elle en avait appelé à ce pouvoir humain dont parlait le sectateur d'Hahnemann, c'est-à-dire à M. le ministre de l'intérieur, et M. le ministre avait demandé l'avis de l'Académie.

Il faut dire que d'autres raisons étaient encore alléguées par le médecin homœopathe. Il soutenait qu'après tout, et à bien considérer les choses, il n'avait véritablement pas fait de l'homœopathie dans son service. N'ayant eu en effet, disait-il, à sa disposition que les médicaments préparés dans la pharmacie de l'hôpital, il s'était vu réduit, ne pouvant faire mieux, et pour atténuer autant que possible les effets désastreux de ces médicaments, à les prescrire, non comme on le fait en allopathie, par grains, par gros ou par onces, mais en *teintures*, et à une dose qui, le plus souvent, ne dépassait pas, en vingt-quatre heures, une goutte étendue dans 100 à 200 grammes d'eau. Dans ces conditions, ajoutait-il, la puissance de ces agents était un peu moins esclave que dans l'état brut. Mais que n'aurait-il pas fait s'il avait pu dégager entièrement cette puissance de la matière qui l'emprisonnait, c'est-à-dire appliquer dans toute leur pureté les principes du créateur de l'homœopathie, du divin Hahnemann !

Telle était, Messieurs, l'étrange justification présentée par le médecin inculpé. Que répondre, dans une Académie, en face de pareils aveux ? Fallait-il prendre au sérieux cette profession de foi ? renouveler les débats tumultueux de 1835 ? C'était peut-être là ce que l'on voulait. Mais l'Académie s'en était rapportée à M. Guéneau de Mussy, et l'avait chargé de préparer une réponse à M. le ministre de l'intérieur. Or, M. Guéneau de Mussy, toujours bien inspiré, au lieu de remettre en

Digitized by Google

cause l'homœopathie, préféra tout simplement entrer dans les idées du disciple d'Hahnemann, arriver avec lui aux dernières conséquences de sa doctrine et faire ainsi justice de toutes ces inepties.

Le rapport de M. Guéneau de Mussy est un morceau achevé; il semble s'être inspiré des *Provinciales :* et, comme le pseudo-Montalte, jeter à la risée des hommes de bon sens les dogmes d'une nouvelle secte.

Nous venons de voir combien notre homœopathe regrettait de n'avoir pu descendre dans ses prescriptions au-dessous d'une goutte de teinture étendue d'eau. En effet, dit M. Guéneau de Mussy, cette goutte étendue dans telle quantité d'eau que vous voudrez, n'approche pas des divisions qui résultent de parties de cent fois et cent fois plus petites, c'est-à-dire représentant les termes successifs d'une progression décroissante dont la raison est 100! Or, Hahnemann est positif sur ce point.

Suivant le père de la nouvelle doctrine, pour obtenir un médicament un peu énergique, il faut, en effet, aller jusqu'au 30e ou jusqu'au 40e terme de cette progression; il est bien vrai qu'alors il s'agit d'un nombre qui effraye l'imagination et que la langue parlée se refuse à énoncer, puisque le grain de matière se trouve divisé en un nombre de parties exprimé par 1 suivi de 60 ou de 80 zéros! Mais aussi voyez à quel degré de force doit être arrivé un grain de matière dont la divisibilité, dit M. Guéneau de Mussy, surpasse le nombre des hommes qui ont jamais existé à la surface de la terre!

Mais attendez, ce n'est point tout : notre médecin homœopathe, empêché ainsi par les règlements et les usages de l'hôpital, devait avoir bien d'autres sujets de regrets; non-seulement on l'entravait de tout point en l'obligeant de s'en tenir à cette énorme dose d'une goutte étendue d'eau, mais il ne devait pas être moins paralysé par l'incurie du pharmacien de l'hôpital. Comment, en effet, celui-ci préparait-il ses gouttes? Tout simplement, sans doute, en confectionnant ce qu'on nomme des *teintures*, et bien certainement il ne leur avait pas imprimé les *secousses* sacramentelles. Or, Hahnemann n'est pas moins positif sur ce point; il a dit en termes exprès, dans son *Organon*, qu'un médicament, pour avoir toutes ses propriétés, doit avoir été secoué *deux fois* à chaque nouveau mélange, et cela par un mouvement de l'avant-bras; et, remarquez-le bien, car ceci est de la dernière importance, Hahnemann a dit deux fois, non pas trois! car si l'on donnait trois secousses,

Digitized by Google

le développement de la force du remède irait au delà de toutes les bornes, et il serait impossible de calculer tous les malheurs qui pourraient en résulter.

M. Guéneau de Mussy aurait pu pousser plus loin son exposé, d'ailleurs très exact, des prescriptions imaginées par Hahnemann et observées par ses sectateurs. Mais son but était atteint : tout en prenant au sérieux, et la question de conflit posée par l'autorité, et les résultats statistiques invoqués par le médecin homœopathe, il avait évité de donner aux assertions de ce dernier les honneurs d'un débat académique. Il ne s'agissait point, en effet, d'examiner au fond la valeur de l'homœopathie ; il s'agissait tout simplement de décider si le médecin inculpé avait fait ou non, dans son service, une médecine tellement différente de la médecine adoptée par tous les praticiens honnêtes et éclairés, et tellement dans l'esprit des principes de l'homœopathie, qu'on pût la considérer comme rentrant dans leur pratique : or, c'est là ce que n'hésita pas à reconnaître M. Guéneau de Mussy, et l'Académie s'empressa d'adopter ses conclusions à l'unanimité (1).

Je m'arrête ici, Messieurs, et bien à regret; j'aurais voulu vous montrer toute la part que M. Guéneau de Mussy a prise à vos travaux, et vous rappeler quelle salutaire influence il a exercé sur vos décisions. Aucune pièce ne lui était envoyée qu'il n'en rendît compte dans le plus bref délai ; aussi assidu aux séances des commissions dont il faisait partie qu'aux séances générales de l'Académie, il eût poussé le scrupule jusqu'à donner sa démission plutôt que de rester inutile à la Compagnie. C'est ce qu'il fit, du reste, pour sa place de médecin de l'Hôtel-Dieu : après vingt années de services, ayant acquis la conviction que, par suite des progrès de l'âge, son oreille, devenue dure, ne lui permettait plus de s'aider de l'auscultation dans le traitement des maladies, il donna tout aussitôt sa démission, dénonçant ainsi lui-même ce qu'il appelait son insuffisance.

Dans d'autres circonstances, c'était sa dignité qu'il consultait. Ainsi, après avoir fait partie pendant plusieurs années du conseil d'administration de l'établissement des Sourds-Muets, avec ses vieux amis le duc de Montmorency, le comte de Noailles, M. de Gérando, il se retira dès qu'il fut avéré pour lui que, non-seulement on ne tenait plus

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XIV, p. 542.

Digitized by Google

aucun compte des décisions de ce conseil, mais que, sous prétexte d'étendre ses attributions, on les lui avait à peu près toutes retirées.

Il ne lui restait plus dans ces dernières années d'autres fonctions à remplir que celles de président de la Commission chargée de l'examen des livres destinés à l'instruction. Le gouvernement de la république lui retira ces fonctions en 1849 ; il fut très sensible à cette destitution. On venait de lui enlever, disait-il, le dernier moyen de servir la jeunesse.

A part quelques infirmités légères, ses facultés s'étaient conservées dans une heureuse intégrité. Les soins de sa famille, de précieuses relations amicales jusque-là épargnées par la mort, la méditation de hautes vérités, occupaient doucement les derniers jours qui lui étaient donnés; mais dès que l'intérêt des siens l'exigeait, il était tout prêt à renoncer à cette paisible existence. Ainsi on le vit, à l'âge de soixante et treize ans, traverser la mer, encore inconnue pour lui, et tout braver pour aller au secours d'un fils malade.

Une épreuve plus cruelle que toutes les autres était réservée à ses dernières années : dans l'hiver de 1855, il perdit celle qui avait été la courageuse compagne de sa vie, son soutien dans ses travaux, la consolation de sa vieillesse. En proie à une douleur dont il n'avait jamais soupçonné l'amertume, il remerciait le ciel de la lui avoir infligée plutôt que de l'avoir reportée sur celle qui en était l'objet.

Après cette perte si douloureuse, ses forces s'affaiblirent de jour en jour. Nous le vîmes encore parmi nous : c'était comme une ombre qui venait sourire à nos travaux et nous encourager de sa présence; mais vers la fin de l'hiver de 1857, ayant été pris d'une de ces pneumonies qui enlèvent presque tous les vieillards, il comprit que sa fin approchait.

Un grand moraliste a dit que peu de personnes savaient mourir ; Guéneau de Mussy a montré que dès longtemps il en avait fait l'apprentissage. Comme on savait qu'il ne se faisait aucune illusion, on lui proposa dans les derniers jours d'appeler un prêtre de la paroisse. « Sans doute, répondit-il, mais le moment n'est pas encore tout à fait » venu. » La nuit suivante, le mal ayant fait de nouveaux progrès, il pria l'une de ses filles de lui lire à haute voix les prières des agonisants. Sa fille obéit; mais tout en faisant cette lecture, croyant avoir à ménager la sensibilité d'un père mourant, elle essaya à plusieurs reprises

Digitized by Google

de passer sous silence quelques-unes des terribles paroles de cette suprême invocation : Guéneau de Mussy s'en aperçut chaque fois, et chaque fois il exigea que ces passages lui fussent lus en entier et à haute voix.

Le matin, il touchait à cette heure fatale où l'âme, entourée pour ainsi dire de ruines, sent, à n'en plus douter, que son enveloppe matérielle va périr, et qu'un nouveau jour va luire pour elle : « Maintenant, » dit M. Guéneau de Mussy, il est temps : allez chercher l'homme de » Dieu ; je veux le voir et m'entretenir avec lui. » Tout entier à ses principes de résignation et de fermeté, il accomplit ses derniers devoirs sans donner la moindre marque d'émotion ou d'attendrissement, répondant d'une voix ferme aux paroles du prêtre, et conservant cette physionomie sereine et bienveillante qui lui était naturelle.

Quelques minutes après, il expirait en pleine connaissance, sans efforts et sans agonie.

Ainsi mourut M. Guéneau de Mussy le 30 avril 1857, à l'âge de quatre-vingt-trois ans. Fidèle aux belles croyances et aux fortes vertus qui sont l'honneur de l'intelligence humaine, il avait vu la fin du dernier siècle et plus de la moitié du nôtre, sans que rien pût altérer ses sentiments ni changer ses convictions. Admirable fermeté de caractère qui s'alliait en lui à tous les charmes de l'esprit ! il suffisait de le voir pour être frappé de ces belles qualités : la vertu, la droiture et la bonté se peignaient sur sa physionomie calme, douce et gracieuse. Il était d'une taille élevée que l'âge avait à peine fléchie ; ses manières étaient simples, naturelles, et néanmoins pleines de distinction.

Il a laissé un fils et un neveu, tous deux médecins, et qui tous deux sont les dignes héritiers de son nom, de ses talents et de ses vertus ; aussi est-ce à peu près le seul patrimoine qu'il ait laissé. M. Guéneau de Mussy n'a jamais été au delà d'une modeste aisance : lui aussi aurait pu se dire qu'au lieu de chercher à élever sa fortune, il s'était efforcé d'élever son cœur.

L'opulente Angleterre mesure la célébrité de ses médecins au chiffre de leurs richesses et de leurs libéralités ; elle cite avec orgueil les millions amassés par ses grands chirurgiens ; elle a fait graver sur la tombe de Fothergill : *Ci-gît Fothergill qui dépensa deux cent mille guinées pour le soulagement des malheureux.*

Digitized by Google

M. Guéneau de Mussy n'a jamais eu ces monceaux d'or à dispenser; mais il a su prodiguer à ses pauvres malades des trésors bien autrement précieux et de leur nature inépuisables, ceux qu'il savait trouver dans la plus ardente et la plus active charité, soins délicats et tendres, sages conseils, douces consolations, qui, loin d'humilier, relèvent les natures les plus contristées.

M. Guéneau de Mussy était certainement un de ces hommes dont parlait la Bruyère quand il disait « qu'il est encore sur la terre de ces âmes » nobles et courageuses, secourables et ingénieuses à faire le bien, que » nuls besoins, nulles disproportions, nuls artifices, ne peuvent séparer » de ceux qu'ils se sont une fois choisis pour amis. »

Son exemple prouverait, s'il en était besoin, que, dans notre pays, les biens de la fortune ne sont pas nécessaires à la considération et à l'estime publique, et que, sans avoir usé ses jours et ses nuits pour arriver à mourir comblé de faveurs et de richesses, on peut laisser de soi une mémoire honorée, respectée de tous, telle enfin que l'historien le plus sévère se sent heureux de la raviver et d'en entretenir ses contemporains.

Digitized by Google

Digitized by Google

RAPPORT

SUR

LES ÉPIDÉMIES QUI ONT RÉGNÉ EN FRANCE EN 1857.

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION DES ÉPIDÉMIES, ET LU A L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE, LE 20 NOVEMBRE 1858,

Par M. TROUSSEAU.

La commission des épidémies a un double mandat à remplir : Elle désigne à votre choix les médecins qui lui semblent mériter une distinction ; mais, en même temps, elle soumet à vos lumières les résultats de l'enquête poursuivie dans toute la France sur les affections épidémiques.

Cette dernière tâche n'est certainement ni la moins importante, ni la moins considérable, à vos yeux. Chargé, pour la seconde fois, de ce travail de révision, votre rapporteur est convaincu que de précieux enseignements peuvent et doivent résulter d'une étude approfondie des documents administratifs qui vous sont adressés chaque année. C'est dans le ferme désir, non pas de vous associer à une conviction que vous partagez tous, mais de vous exposer le véritable état des choses, en appelant votre sollicitude sur les imperfections trop réelles et sur les améliorations possibles du service, que la première partie de ce rapport a reçu de plus longs développements.

L'étude de la santé publique, de ses variations, de son progrès ou de ses défaillances, repose sur deux éléments : d'un côté la mortalité fixe, provoquée par les maladies que chaque année ramène avec elle dans des proportions peu mobiles, sinon avec une régularité qui ressemblerait presque à de la fatalité ; de l'autre, la mortalité changeante,

Digitized by Google

soumise aux hasards d'influences variables, mais surtout à la gravité, à la fréquence, à l'étendue des invasions épidémiques.

L'Académie s'est déjà sérieusement préoccupée des moyens d'assurer une connaissance statistique plus exacte des causes de décès; mais, eût-elle réussi à lever toutes les difficultés, qu'elle aurait encore rendu à la science un moindre service qu'en fournissant les matériaux d'une histoire annuelle des épidémies.

Ici toutes les conditions qu'exige l'observation médicale peuvent être remplies. Non-seulement on constate des terminaisons fatales, mais on note les issues heureuses de la maladie. Le diagnostic n'est pas laissé aux chances aventureuses des opinions individuelles; il s'impose parce qu'il trouve immédiatement son contrôle. On sait non-seulement qui succombe, mais on peut, sans inductions hypothétiques, compter tous ceux qui sont atteints par la maladie régnante, et donner ainsi la mesure exacte de sa violence. Enfin, et ce point est le plus important, l'épidémie ne se juge pas seulement par des chiffres secs et plus rigoureux que les conclusions qu'on a droit d'en tirer; le médecin la suit et la décrit dans ses phases; il voit vite, et le plus souvent il voit bien, parce qu'il voit beaucoup. Exposer dans un même tableau l'ensemble des épidémies qui se sont produites et qui ont été l'objet de relations prises sur les lieux, ce n'est pas se risquer dans les entraînements si périlleux des statistiques mortuaires; c'est faire l'histoire de cette partie de la santé publique, où le médecin a pour devoir d'intervenir le plus activement.

Ce tableau j'aurais voulu pouvoir l'esquisser, et certainement il sera donnné quelque jour à un de nos collègues, plus heureux que moi, de le dresser complet et saisissant; mais les matériaux ont fait défaut à mon meilleur vouloir. Quelles que soient les lacunes, et elles sont grandes, l'essai que j'ai tenté me semble devoir être utile, même par ses imperfections.

La première condition serait que tous les départements fussent sinon animés d'un même zèle, au moins soumis aux mêmes règles. Il s'en faut qu'il en soit ainsi, malgré les pressantes recommandations que réitère M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, et malgré les injonctions formelles des règlements. Le nombre des départements où le service des épidémies

Digitized by Google

est insuffisant, ou à peu près nul, est encore très considérable, et ce ne sont pas les localités les plus pauvres ou les moins éclairées qui se soustraient de préférence à une obligation qu'il est douloureux de voir décliner. Jusqu'à ce jour, seize départements n'ont pas répondu aux invitations répétées du ministre, et dans ce nombre on compte des départements riches et peuplés comme la Manche, l'Yonne, le Haut et le Bas-Rhin, l'Eure-et-Loir, le Cher, à côté de l'Ain, des Ardennes, des Basses-Pyrénées, de la Charente, de la Corrèze, de la Haute-Loire, de l'Indre et de l'Isère. Déjà l'année dernière, 10 des mêmes départements (ce sont les départements suivants : Ain, Ardennes, Cher, Charente, Corrèze, Haute-Loire, Indre, Meuse, Seine, Corse.) avaient négligé d'envoyer des renseignements sur les épidémies. Devant cet oubli persistant, l'Académie ne saurait demeurer indifférente. Il est certain qu'à côté du droit de récompenser, elle a, au nom des intérêts qui lui sont confiés, le droit d'exprimer un regret public. Il est plus que probable que l'indifférence en pareil cas ne porte pas seulement sur la rédaction des rapports officiels, mais qu'elle s'étend à tout le service, et, pourquoi ne pas le dire, qu'elle pèse sur les malades des campagnes. J'ai peine à croire que dans un même département, les médecins des épidémies sont mis en demeure de visiter assidûment les localités infectées, de s'entendre avec leurs confrères, de tenir l'autorité au courant de la maladie, et qu'il ne reste aucune trace, ni de ces missions activement remplies, ni de ces relations circonstanciées. En tout état de cause, n'est-il pas fâcheux de priver la science de documents qu'elle réclame, et de refuser à l'Académie les moyens de remplir une tâche qui lui est officiellement dévolue?

Dans un plus grand nombre de départements ou l'organisation est incomplète, ou les résultats ne répondent pas à ce qu'on est en droit d'attendre. A peine si deux ou trois arrondissements envoient des relevés, recueillis à la hâte, sur de vagues indices et rédigés d'après une seule visite du médecin, alors même qu'il s'agit d'épidémies qui se prolongent pendant plusieurs mois. J'ai hâte de dire que dans d'autres circonscriptions le service des épidémies est fait avec une scrupuleuse ponctualité qui touche à la perfection. Les conseils et les commissions d'hygiène s'associent au travail commun, les rapports partiels sont rassemblés et contrôlés dans des rapports qui embrassent une plus grande

Digitized by Google

étendue du territoire. On confère sous la présidence du sous-préfet ou du préfet, sur les atteintes qu'a subies la santé publique, sur les moyens de les prévenir ou d'y remédier. De ces communs efforts ressortent des enseignements complets et doublement précieux, en ce qu'on peut avoir confiance entière dans leurs données, et qu'ils témoignent de la promptitude et de la persévérance des secours apportés aux malades. Ces exemples, fournis par les départements du Pas-de-Calais, d'Ille-et-Vilaine, du Morbihan, de la Somme, du Nord, etc., fourniraient, au besoin, la preuve qu'aucun obstacle réel ne s'oppose à la parfaite organisation du service, et qu'on n'a même plus l'excuse d'avoir à chercher les moyens de résoudre un problème tout résolu.

Ces lacunes fâcheuses rendent impossible un véritable travail d'ensemble, et, au lieu d'un relevé décisif, elles obligent votre rapporteur à s'en tenir à des à peu près.

L'année 1857, venant à la suite de plusieurs années de récoltes insuffisantes, imposait aux habitants des campagnes de nombreuses privations. Les boissons fermentées avaient atteint un prix à peu près inaccessible aux paysans ; les céréales elles-mêmes étaient si chères, qu'on utilisait pour la fabrication du pain, des résidus défectueux de mouture, des mélanges de froment, de seigle, de fèveroles. Les cultivateurs plus aisés ordinairement, soustraits par une meilleure hygiène à ces causes de maladies, s'étaient vus forcés de restreindre leur alimentation. Aussi, et c'est un fait noté par la plupart des médecins, les épidémies qui d'ordinaire n'atteignent presque que la population indigente, n'épargnèrent-elles pas, comme d'habitude, la population plus aisée.

Le caractère de la constitution régnante fut, si l'on me permet ce mot, particulièrement abdominal. Les diarrhées se manifestèrent dans presque tous les départements, et dans chacun elles se produisirent, chez un grand nombre d'individus, avec l'intensité la plus variable ; depuis la diarrhée éphémère qui guérit d'elle-même, en peu de jours, jusqu'aux évacuations cholériques. La tendance diarrhéique était si prononcée, que plusieurs épidémies de fièvre typhoïde et toutes celles de dysenterie, furent précédées par une diarrhée en quelque sorte prémonitoire. Les écarts forcés du régime alimentaire ne suffiraient pas à rendre compte de cette disposition qui régnait à la fois dans les campagnes et dans les villes, et qui, dans quelques localités, acquit d'étranges pro-

Digitized by Google

portions. C'est ainsi que dans une ville, à Quimper, 150 personnes furent prises dans une seule nuit, de troubles gastro-intestinaux : vomissements, diarrhée, malaise profond, sans que cette brusque invasion du même mal pût être imputée à l'ingestion d'un aliment toxique. Dans d'autres localités, les désordres du même genre revêtirent, avec la forme épidémique, une plus fâcheuse intensité. Quelques communes dispersées dans des régions très éloignées les unes des autres, et soumises à des influences météorologiques ou hygiéniques très diverses, ont eu à subir un véritable choléra, s'éteignant aux lieux mêmes où il avait pris naissance, mais assez violent pour être foudroyant dans quelques cas, et moins rapidement mortel chez un plus grand nombre de malades.

J'insiste sur ces dispositions, et parce qu'elles expriment l'état général de la constitution sur beaucoup de points, et parce qu'elles viendront à titre de complications, caractériser un certain nombre d'épidémies définies et d'épidémies dysenteriques en particulier.

Les enfants, toujours plus aptes à subir cette influence, devaient en souffrir à un plus haut degré que les adultes. On sait que dans certaines contrées le choléra infantile reste à l'état endémique, et fait annuellement de nombreuses victimes. En 1857, le choléra infantile prit dans quelques communes une effrayante extension. Au Havre, il se développe avec une certaine intensité ; au Creusot, on compte, sur 126 enfants atteints de la maladie, 126 décès. Il est bien regrettable qu'aucun détail n'accompagne ce désastreux relevé.

Beaucoup de médecins ont incliné à voir là une sorte de levain laissé par les invasions cholériques qui se sont succédé ou, pour prendre une formule plus scientifique, mais qui rend moins bien leur pensée, ils ont cru que d'épidémique qu'il était, le choléra était resté à l'état d'aptitude. Ils étaient encouragés dans cette présomption par l'opinion populaire, qui reconnaissait dans les accidents des caractères trop bien accusés pour que le souvenir en fût éteint. Cependant il faut reconnaître qu'à d'autres époques, et bien avant que le choléra asiatique eût accompli son triste parcours au travers de l'Europe, des phénomènes du même ordre s'étaient présentés et avaient été consignés dans les relations des anciens observateurs.

C'est surtout pendant l'été et à l'automne que la constitution dont je viens de parler fut manifeste. A l'entrée de l'hiver, une véritable épi-

Digitized by Google

démie de grippe s'étendit sur presque toute la France, sans augmenter notablement le chiffre de la mortalité. Tout au plus dans quelques villes frappa-t-elle mortellement des individus avancés en âge. En général, la maladie qui, dans d'autres temps, avait eu de si fâcheux résultats, fut réduite à une incommodité inoffensive.

Cette épidémie offre cependant un fait curieux à constater. Bien que dépourvue de toute malignité, elle est la seule qui ait présenté d'une manière notable ce caractère d'*ambulance* qui d'ordinaire appartient à des affections plus graves. Tandis que les épidémies menaçantes se fixaient autour de leurs foyers ou accomplissaient leur marche avec une extrême lenteur, la grippe envahissait successivement (et j'appuie sur ce mot) presque toute la France, sans avoir nulle part assez d'intensité pour s'ajouter comme complication aux maladies régnantes, ou pour leur imprimer une forme spéciale.

Peut-être peut-on s'expliquer jusqu'à un certain point comment, avec ces dispositions constitutionnelles, certaines affections prirent de préférence la forme épidémique. La rougeole, qui dans d'autres années cause une mortalité considérable chez les enfants, fut d'une bénignité extrême. A peine si en réunissant tous les relevés on compterait 100 décès dans toute la France, parmi ceux qui sont consignés dans les statistiques des épidémies.

Il faut toutefois se méfier de ces généralisations qui prêtent à toute une contrée soumise à des influences diverses, une même tendance pathologique, et je n'en veux pas d'autre preuve que l'histoire de la scarlatine en 1857. Les cas ont été peu nombreux, la gravité en général au-dessous de la moyenne; mais cependant on pourrait citer des foyers où cette fièvre éruptive acquit la plus fâcheuse malignité : 21 décès sur 29 cas, au Forest (Nord). Il est vrai que, même sous la forme sporadique, la scarlatine défie tous les calculs, et se joue communément des prévisions en apparence des mieux fondées. Quoi qu'il en soit, la scarlatine ne figure encore dans la mortalité que pour un chiffre insignifiant.

J'arrive aux épidémies qui par leur fréquence, leur étendue, et, au besoin, leur gravité, méritent surtout de fixer l'attention et caractérisent véritablement l'année qui vient de s'écouler : je veux parler de la fièvre typhoïde, de la dysenterie, de la variole et du croup.

Digitized by Google

J'aurais voulu, même en limitant ce rapport à ces quatre grandes maladies, vous en tracer une histoire, sinon complète, au moins suffisante, mais, malgré mon désir, je serai réduit, en l'absence de documents, à passer sous silence beaucoup de points sur lesquels il importait que vous fussiez renseignés.

Les épidémies ou se développent par foyers indépendants d'où elles rayonnent dans une plus ou moins grande étendue, ou, parties d'une source unique, elles accomplissent une marche incessante et traversent les populations d'après des lois qu'un jour, sans doute, il sera donné de formuler. La dysenterie répond au premier mode de génération ; le choléra est le type le mieux accusé de la seconde genèse. Pour la fièvre typhoïde, pour le croup, mais surtout pour la variole, le mode de développement et de propagation épidémiques laisse encore des doutes insolubles. Il eût été souhaitable que les relevés officiels permissent de suivre sur la carte le cours de ces épidémies ; mais les lacunes sont trop considérables pour autoriser les conclusions les plus réservées. Rien ne prouve que les centres de population ont été préservés, parce qu'il n'est pas fait mention d'une maladie régnante ; dans combien de cas ce qu'on prendrait pour une immunité n'est-il que le fait d'une omission et d'une regrettable insouciance ?

Si en dehors de ces considérations d'ensemble, qu'il était impossible d'aborder, on envisage les épidémies sous le rapport de leur gravité absolue ou relative, on obtient quelques indications utiles malgré leur insuffisance.

En soumettant à une critique attentive et à une soigneuse révision tous les relevés officiels, on voit bien vite qu'un certain nombre d'invasions réputées épidémiques doivent être éliminées, faute de données positives, de constatation directe, ou parce que les individus affectés sont si peu nombreux, que la maladie n'a pas dépassé les limites d'une invasion sporadique. La statistique médicale, telle qu'elle doit être conçue dans les conditions où nous sommes placés, n'est admissible que si elle est raisonnée et si elle n'accumule pas confusément des chiffres positifs et des nombres sans authenticité. Or, en faisant ce dépouillement, on trouve que dans les 68 départements qui ont adressé des renseignements plus ou moins complets, la mortalité des quatre épidémies a été de 10,341 sur 57,859 individus atteints ; soit en moyenne

Digitized by Google

1 décès sur 6 malades ; cette proportion serait effrayante si elle ne se corrigeait aisément. Il est certain que beaucoup de malades guéris échappent au contrôle du médecin, mais qu'aucun cas de mort ne peut être omis, lorsqu'on a les registres de l'état civil comme moyen de contrôle. Toutefois, en faisant la part de cette cause d'erreur, on ne sait dans quelle mesure cette part doit être faite, et probablement ne parviendra-t-on jamais à une notion plus exacte.

Ce chiffre total, décomposé par nature d'épidémie, offre des variations qu'il n'est pas sans intérêt de constater ; j'aurai l'honneur de vous les signaler en traitant de chaque maladie en particulier.

FIÈVRE TYPHOÏDE.

La fièvre typhoïde a régné épidémiquement dans 35 départements ; 16,795 individus ont été affectés, 2,339 ont succombé. Le rapport des décès aux guérisons est de 1 mort sur 7 malades 1 dixième. Le moindre chiffre de malades pour 1 département est de 50 (Aveyron). (Je n'ai pas tenu compte de ceux où les cas de fièvre typhoïde étaient au-dessous de 50.) Le chiffre le plus élevé est de 2,673. La proportion de 1 décès sur 7 malades représente non-seulement cette moyenne fictive qu'on obtient par le calcul, mais elle serait, à peu de chose près, applicable à chaque département pris en particulier.

L'âge et le sexe des malades ne sont pas notés assez régulièrement pour fournir matière à des conclusions générales. Je le regrette d'autant plus que les opinions sont depuis longtemps divisées sur le plus ou moins d'aptitude des femmes à contracter la maladie. Quant aux âges, la question peut être regardée comme résolue ; c'est même un des caractères distinctifs invoqués pour séparer le typhus de la fièvre typhoïde, l'un n'atteignant guère que les jeunes gens, l'autre ne faisant pas acception des âges. Cependant, cette année, la fièvre typhoïde paraît avoir dérogé quelque peu à ses règles habituelles. On trouve dans les tableaux officiels un plus grand nombre de malades ayant dépassé l'âge de quarante ans. C'est ainsi que dans l'épidémie des environs de Laval, sur 278 malades, 22 avaient de trente-cinq à cinquante, et 7 de cinquante à soixante ans. La même remarque pourrait s'appliquer à beaucoup d'autres localités. Pour ne citer qu'un second exemple, à Trombort

Digitized by Google

(Moselle), sur 104 malades, 18 étaient âgés de quarante à soixante et dix ans.

La mortalité néanmoins n'a pas répondu à ce qu'on devait craindre, et les malades qui avaient dépassé quarante ans n'ont pas fourni ce contingent désastreux qu'on inclinerait à supposer.

Ces données numériques relatives à l'influence de l'âge seraient d'un intérêt secondaire, si on se bornait à les mentionner; mais cette étude officielle des épidémies, élaborée par des hommes compétents, ne donne pas seulement la lettre, elle s'élève jusqu'à l'esprit des chiffres.

Les individus âgés n'ont, en général, contracté la fièvre qu'après un séjour prolongé près des malades. C'étaient des parents dont la famille était frappée dans plusieurs de ses membres, ou des gardes-malades.

En outre, il y a lieu de croire que la maladie a atteint d'autant plus d'individus avancés en âge, que le pays était depuis plus longtemps préservé d'épidémie de même nature. Ainsi, dans diverses communes où on a noté les invasions précédentes, et qui avaient été visitées par la fièvre il y a quelque quinze ou vingt ans, presque tous les malades étaient dans l'adolescence.

Enfin il s'agirait de savoir si la forme même de l'affection n'a pas contribué à rapprocher, sous ce rapport, la fièvre typhoïde de 1857 du typhus épidémique.

Ce serait excéder les limites d'un rapport que de vous exposer en détail les symptômes d'une maladie dont les exemples ne sont rien moins que rares. Je me contenterai d'indiquer quelques-uns des points les plus saillants.

Les troubles abdominaux et cérébraux ont été prédominants, et les lésions thoraciques n'ont pas pris une intensité égale à celle qu'on a signalée à d'autres époques. Le fait est d'autant plus positif, que beaucoup de médecins attentifs au développement des accidents ont signalé l'absence habituelle de graves complications pulmonaires.

Les désordres intestinaux se sont produits dans quelques localités sous la forme cholérique, mais hors de là, ils ont été en général modérés, et c'est par exception qu'on a eu à constater ces perturbations profondes, ballonnement, etc., qui caractérisent d'autres épidémies. Le fait le plus saillant, c'est la fréquence incontestable des hémorrhagies intestinales.

Digitized by Google

Plusieurs observations intéressantes de gangrène des membres inférieurs, ou même de la bouche, survenant au déclin de la fièvre, sont rapportées en détail par les médecins qui les ont observées.

Les médecins s'accordent aussi à signaler la rareté des taches caractéristiques. L'éruption faisait quelquefois défaut, mais le plus souvent elle se réduisait à un très petit nombre de points lenticulaires disséminés sur le ventre, tandis qu'au contraire les sudamina étaient à peu près constants. Si donc la fièvre typhoïde s'est rapprochée du typhus par la modération relative des accidents gastro-intestinaux, elle s'en serait éloignée par l'insignifiance de l'éruption.

Le traitement a-t-il exercé quelque influence sur la forme de la maladie? On comprend que je recule devant cette délicate appréciation. Mais ce que je puis et je dois dire, c'est que la méthode de traitement a été, à peu de chose près, la même dans toute la France. Si la médication diffère par quelques points, elle relève partout du même esprit. Les purgatifs à dose modérée ou les émétiques sont administrés au début; les évacuations sanguines sont rarement usitées; la diète a perdu son ancienne rigueur. L'emploi du sulfate de quinine à la seconde période compte de très nombreux adhérents, même dans les localités préservées de la fièvre intermittente, et beaucoup de praticiens se félicitent d'y avoir eu recours. J'ai dû signaler cette presque unanimité, mais je le fais avec des réserves que l'examen attentif des résultats me paraît commander.

Une question déjà débattue à plusieurs reprises dans cette enceinte a vivement préoccupé les médecins des épidémies : je veux parler de la contagion de la fièvre typhoïde. Quoique sous ce rapport l'opinion se soit notablement amendée, on a gardé l'habitude d'opposer comme adversaires aux partisans de la contagion ceux qui croient à l'infection et en particulier aux dangers de l'encombrement.

Les rapports de cette année qui se distinguent par la netteté et la sobriété des vues générales, accusent un progrès encore plus marqué en ce qui touche à l'étude pathogénique de la fièvre typhoïde. En même temps qu'ils exposent les inconvénients des miasmes dégagés dans les demeures étroites et mal aérées des paysans, nos confrères n'attribuent pas à ces conditions permanentes l'invasion accidentelle de la maladie. Les fumiers déposés autour des habitations sont encore souvent mis en

Digitized by Google

cause; mais ils ont cessé de constituer l'explication unique. Chose curieuse ! ces hypothèses banales expulsées de la pathogénie de la fièvre typhoïde se sont réfugiées dans des maladies moins connues, et on trouve encore plus d'un mémoire où le fumier est rendu responsable de la production du croup.

L'importation de la fièvre typhoïde dans le foyer où elle va se développer, par un habitant qui a contracté ailleurs la maladie qu'il apporte, est un fait presque constant dans tous les cas où on a pris le soin de s'en enquérir. Une fois installée, la maladie se propage par des transmissions toujours difficiles, souvent impossibles à suivre ; mais le premier cas ou même les quelques premiers sont importés ; un petit nombre seulement peuvent être attribués à une génération spontanée.

Cette loi capitale dans la pathogénie générale des épidémies ne saurait être trop rigoureusement établie, et je n'hésite pas à mettre sous vos yeux quelques faits caractéristiques, en en empruntant le récit textuel aux observateurs eux-mêmes. On verra mieux ainsi dans quelle mesure il convient d'appliquer le nom de contagion à la transmission de la fièvre typhoïde ; on verra mieux également de combien d'éléments il est nécessaire de tenir compte pour la solution d'un problème si complexe.

A Maylargues (département du Lot), un militaire âgé de vingt ans, évacué de l'armée d'Afrique, arrive, vers la fin de novembre 1856, et succombe à la fièvre typhoïde à la fin de décembre.

Vers la fin de sa maladie, une voisine qui lui avait donné les soins les plus assidus, est atteinte de la même affection et meurt. Il en est de même du frère du militaire, âgé de seize ans, qui succombe le 6 mars. Deux de ses sœurs tombent successivement malades dans le même mois et guérissent, après une longue convalescence. La voisine dont nous avons parlé, avait de son côté communiqué la maladie à son fils, âgé de dix-sept ans, qui meurt le 22 mai. Peu de temps après, la maladie frappe un si grand nombre d'individus, qu'il devient impossible de suivre sa marche (docteur Mayneur).

La fièvre typhoïde, dit le docteur Moussillac, fut importée à Cauriol (Gironde), par un jeune ouvrier tonnelier qui arriva malade chez ses parents. La famille, composée de sept personnes, habitait une maison assez vaste et bien aérée. Toutes furent gravement malades, trois suc-

Digitized by Google

combèrent. De là la maladie s'irradia, se déclarant sur des personnes qui s'étaient mises en rapport avec les malades, et qui, se retirant quelquefois à d'assez grandes distances, apportaient dans la localité la maladie qui n'y était pas encore apparue.

Les années 1855-1856 avaient été signalées par des débordements réitérés de la Garonne. En 1857, deux communes riveraines sont atteintes par la fièvre typhoïde, mais elle y sévit avec moins d'intensité que sur les coteaux.

L'épidémie de l'arrondissement d'Ambert, observée par le docteur Mavel (Puy-de-Dôme), paraît avoir pris naissance dans une usine.

Le domestique de la maison tombe malade le 11 juillet; on le transporte chez lui, dans son village, distant de deux kilomètres; là il est soigné par sa femme, et il guérit. La femme tombe malade et meurt. Une belle-sœur et un oncle, qui lui ont donné des soins, sont affectés à leur tour et succombent. Bientôt chaque maison du village présente des cas de fièvre typhoïde.

La cuisinière de la fabrique et sa sœur, ouvrière dans l'établissement, ressentent les premiers symptômes, et se font transporter dans leur famille, à cinq kilomètres; l'une d'elles meurt, et l'autre guérit; mais bientôt aussi la maladie s'étend. Une des malades de ce dernier village est transférée dans une localité peu éloignée, chez ses parents, et sa venue marque le début de l'épidémie.

Le 31 mai 1857, dit le docteur Fourrier, je fus appelé à Audon-le-Romain (Moselle) près d'un jeune homme de vingt ans, qui était arrivé de Paris, malade depuis quelques jours, et qui présentait tous les symptômes de la fièvre typhoïde, avec des phénomènes intestinaux très intenses. Des camarades de ce jeune homme vinrent le voir, et furent les premiers malades que j'eus à soigner après lui; du reste, son père, son frère et ses deux sœurs furent successivement atteints de la même maladie.

Tant que les travaux de la campagne tinrent les habitants d'Audon éloignés de leurs habitations, la fièvre, quoique répandue dans le village, resta bornée à un assez petit nombre d'individus; mais lorsque la moisson fut finie, le séjour constant des individus près des malades produisit une infection générale, et on compta jusqu'à 40 cas à la fois sur 442 habitants.

Digitized by Google

Un ouvrier d'Anderny vient travailler à Audon dans le courant d'août; il contracte la maladie, et, de retour chez lui, la transmet à sa femme et à son beau-père (il n'y avait eu jusque-là aucun cas dans la commune). Un homme de soixante ans, venu pour affaires à Audon, est pris de fièvre typhoïde, malgré son âge, dans la commune qu'il habite. Il était malade depuis quinze jours lorsque son fils, âgé de vingt ans, est affecté à son tour, puis bientôt sa fille, âgée de dix-sept ans, et une autre de treize ans.

Si les sceptiques, ajoute l'auteur, ne voient là qu'une coïncidence, où pourraient-ils voir des relations de cause à effet?

Le docteur Reignier constate le fait suivant : Le 29 juillet 1855, la fille Théobald (de Trombern), âgée de vingt-quatre ans, éprouve, sans cause connue, les premiers symptômes d'une fièvre typhoïde constatée par le médecin. La famille Théobald est la plus aisée du village, les soins les plus assidus parviennent à maîtriser la maladie, et au bout de six semaines la malade est rétablie. Ce fait reste isolé pendant huit jours; alors un second cas se déclare dans la maison voisine. Quelques jours plus tard, nouveau cas dans une autre maison. Aucun de ces malades n'avait eu de rapports avec la fille Théobald. Quatre autres cas éclatent, tous les quatre dans la maison Théobald. Dès lors la propriété contagieuse de l'épidémie se dessine franchement. Chose digne de remarque! le premier cas de maladie avait atteint la première maison du village, du côté du nord-est; les cas qui se déclarèrent successivement gagnèrent de proche en proche, de maison en maison, pour aboutir à l'extrémité opposée sud-ouest du village.

Un garçon de douze ans, vacher chez le maire de Bièvres (Aisne), dont la femme et la fille ont successivement la fièvre typhoïde, contracte cette maladie et la transporte avec lui dans son village, à Orgeval (3 kilomètres de distance, où aucun cas de ce genre n'existait); il la communique d'abord à la parente qui le soigne, celle-ci à une autre parente qui vient de l'extrémité opposée du village pour l'assister. Dès lors la fièvre typhoïde se propage dans la commune. Ce n'est pas tout, un jeune domestique employé dans une maison d'Orgeval, où il y avait des malades, est atteint et reconduit dans son pays, à 6 kilomètres : il y importe, de la même manière, la maladie qui devient épidémique.

Ce fait est signalé avec plusieurs autres du même ordre par le docteur

Digitized by Google

Piermé, qui pratique dans le lieu même où il s'est produit, et qui en a été témoin.

A Chamouille (Aisne), M. le docteur Guipou suit avec une scrupuleuse exactitude la maladie depuis son début, et il a joint à son récit une petite carte de localités, ingénieusement expressive. :. un jeune homme, Louis Meurice, est atteint, sans cause connue, de la fièvre typhoïde, du 26 juin au 13 juillet 1857. Sa tante habitant le moulin Bertrand, situé à 2 kilomètres de Chamouille, contracte la maladie et l'importe dans sa maison, où son mari et trois enfants sont successivement atteints, de la fin de juillet à octobre. Elle succombe; on ramène alors un des enfants malades, du moulin à Chamouille, chez la femme Millepas, âgée de quarante-cinq ans, qui devient malade après lui avoir donné des soins, et reste en traitement du 15 septembre au 1er octobre. Huit jours après, sa voisine prend le lit. Le 17 septembre, la femme Deguay, âgée de quarante ans, qui avait soigné les malades du moulin, est atteinte de la maladie, qui dure chez elle du 17 octobre au 3 novembre. La maladie devient alors, deux mois après la première apparition, épidémique dans la commune de Chamouille, où elle frappe 27 individus sur 224 habitants.

Ce n'est pas seulement dans le cours des épidémies que de semblables exemples se rencontrent. Si ce n'était sortir du cadre où je dois me renfermer, j'en pourrais citer des faits nombreux et concluants, comme celui que rapporte M. le docteur Crié (de Laval). Je me borne à la citation suivante : Dans l'épidémie dont le docteur Crié rend compte, le premier sujet affecté fut un enfant qui venait chaque jour à l'école, dans un bourg voisin où régnait déjà la fièvre typhoïde; son frère, sa sœur, son père et la domestique furent successivement frappés, et de là la maladie se propagea dans le village.

Il est vrai que d'autres observateurs attribuent à des émanations délétères la principale influence. Telle est, suivant M. le docteur Lebèle, l'origine de l'épidémie typhoïde de la maison du Bon Pasteur du Mans, qui aurait été provoquée par les effluves de la rivière de la Sarthe et le cours d'un ruisseau voisin. Il ajoute, il est vrai, que le quartier du Pré, où est situé l'établissement, fut complétement préservé. Il ajoute aussi qu'à l'exception des deux ou trois derniers cas, toutes les malades, au nombre de 78, appartenaient à une même section. Ni les religieuses

Digitized by Google

ni les infirmières n'ont été affectées. La fièvre typhoïde régnait alors épidémiquement dans une commune située à 17 kilomètres du Mans, mais on ignore si quelqu'un des habitants de la maison avait été en communication avec ce foyer.

Je suis heureux, en terminant ces notes abrégées sur la fièvre typhoïde épidémique, de rendre aux médecins de notre pays cette justice que leur savoir a été à la hauteur de leur zèle. C'est justement parce qu'ils ont fourni la preuve de ce qu'ils pouvaient faire, que le rapporteur de votre commission a exprimé le regret profondément senti, que les médecins ne fussent pas partout mis en demeure de servir si utilement l'humanité et la science.

DYSENTERIE.

29 départements ont été éprouvés par la dysenterie épidémique. 37,264 individus atteints ont donné 7,119 décès; ce qui fait 1 mort sur 5 malades, 2 dixièmes. Le rapport pour la fièvre typhoïde était de 1 à 7 dixièmes.

Sauf les terminaisons cholériques, la dysenterie a présenté peu de particularités notables. La Bretagne a, comme toujours, fourni le plus fâcheux contingent. Les seuls départements des Côtes-du-Nord, du Finistère et d'Ille-et-Vilaine comptent 5,000 décès causés par l'épidémie en 1857.

La dysenterie appartient aux épidémies qu'on pourrait, si les deux noms sont conciliables, désigner sous la dénomination d'endémiques. Analogue, par certains côtés, à la fièvre intermittente, à laquelle on a cherché à la rattacher par les liens les plus étroits, elle ne reconnaît pas, comme d'autres affections, une importation pour origine. Ce fait n'a pas besoin de nouvelles preuves, et, bien qu'il soit constaté dans la plupart des relations, je n'y insisterais pas si la constatation même qui en est faite n'avait pas un autre intérêt. Les médecins qui soutiennent la contagion de la fièvre typhoïde, et qu'on accuserait volontiers d'un parti pris systématique, sont les premiers à nier les propriétés contagieuses de la dysenterie.

Ordinairement confinée dans les habitations des pauvres, et par conséquent attribuée à l'alimentation défectueuse, la dysenterie a, cette

Digitized by Google

année, envahi les maisons des habitants plus aisés. Cependant elle a continué à s'étendre dans les campagnes en laissant les villes presque complétement à l'abri de sa désastreuse influence, différant par cette prédilection, du choléra qui, suivant l'ingénieuse remarque du docteur Gestin, a frappé si souvent, dans la plus grande partie de cette même Bretagne, les villes de préférence aux campagnes.

La plupart des foyers dysenteriques ont été déjà bien des fois envahis par la maladie ; dans un petit nombre de localités, la dysenterie survenait sans précédents. Il serait important de rechercher jusqu'à quel point la maladie tend à s'éteindre ou à se propager dans une même province ; mais les indices fournis par quelques médecins ne conduisent pas à des conclusions positives. On voit quelques pays moins maltraités que les années précédentes, tandis que les localités voisines sont plus gravement assaillies; on en voit d'autres où l'affection semble avoir élu domicile, et revient fatalement chaque automne avec une égale intensité. En somme, et pour ne citer qu'un cas particulier, la dysenterie, dans les départements du Morbihan, du Finistère et des Côtes-du-Nord, a plutôt de la tendance à étendre qu'à restreindre dans de moindres limites sa déplorable influence. Il y aurait là matière à une précieuse enquête sur la santé publique, et les médecins des départements de l'ancienne province de Bretagne, qui ont fait preuve de tant de zèle et de connaissances, mèneraient certainement à bonne fin cette louable entreprise, si l'administration en prenait l'initiative.

La dysenterie s'est montrée avec les caractères accoutumés; grave par ses résultats, elle n'a, le plus souvent, pas présenté de symptômes d'une violence exceptionnelle. J'en excepte les cas si fréquents où elle a revêtu la forme cholérique. La maladie avait, dans quelques points, cette tendance à un si haut degré que les habitants se refusaient à croire à un flux de ventre dysenterique, et la désignaient sous le nom de choléra. J'ai déjà rappelé qu'antérieurement aux épidémies cholériques, la dysenterie avait, en Europe, offert plus d'une fois un même caractère, mais jamais, que je sache, d'une manière aussi prononcée.

La maladie a souvent débuté plus tôt que d'habitude, et dès le mois de juin on voit des villages éprouvés cruellement.

Les relations des épidémies dysenteriques sont, en général, rédigées par des observateurs expérimentés, et renferment d'utiles indications.

Digitized by Google

Beaucoup des médecins qui pratiquent dans les localités envahies ont appartenu au corps de santé de la marine, et ont eu l'occasion de voir et de soigner la dysenterie dans d'autres climats. Tous s'accordent à proclamer l'identité de la maladie, quel que soit le lieu où elle se développe : pour eux, les épidémies ne diffèrent que par la proportion des cas graves et légers. Tous aussi ont essayé de rechercher l'action des influences hygiéniques, sans pouvoir, il faut bien en convenir, arriver à des notions satisfaisantes. L'épidémie dysenterique a, comme tant d'autres, ses bizarreries qui déjouent le calcul ; elle épargne la moitié d'un village et décime l'autre ; elle suit une seule rive d'un cours d'eau, et, quand on croit avoir saisi une des règles de son parcours, quelque fait brutalement contradictoire vient rompre toutes les espérances.

Le traitement, étudié avec la sollicitude la plus méritante, a été à peu de chose près uniforme. Les vomitifs et surtout les purgatifs, à la première période, et les lavements puissamment astringents, dans les périodes suivantes, ont constitué la principale médication. L'opium n'est considéré universellement que comme un palliatif bon contre la douleur, impuissant contre la maladie. Un seul médecin, M. le docteur Fouquet, attribue une grande importance aux antispasmodiques à haute dose, comme moyen de dissiper le ténesme. En même temps qu'ils indiquent les médicaments, les médecins s'accordent à reconnaître la nécessité d'une médication méthodique, et à signaler les inconvénients des remèdes dirigés contre tel ou tel symptôme prédominant.

DIPHTHÉRITE.

Je serai court, malgré moi, sur cette terrible affection : les saines notions sur cette maladie sont loin d'être aussi répandues qu'il serait à souhaiter. Beaucoup de médecins confondent sous un même titre toutes les productions pseudo-membraneuses de la cavité buccale ou pharyngienne. Le muguet lui-même, qui se déclare à la suite de la fièvre typhoïde ou de la dysenterie grave, est désigné par des observateurs, d'ailleurs distingués, sous le nom de diphthérite. Comme on ne voit d'ordinaire que ce que l'on sait voir, les descriptions sont vagues, les caractères, même locaux, de la maladie souvent mal indiqués. Les praticiens peu au courant du mode d'évolution et des phénomènes décisifs s'attachent à des considérations accessoires, et de toutes les relations

Digitized by Google

d'épidémies, il n'en est pas une seule qui ait paru à votre commission mériter d'être mentionnée honorablement.

Cependant la diphthérite s'imposait avec une gravité telle qu'elle appelait toute la sollicitude. Sur dix-huit départements où la maladie a régné dans une plus ou moins grande étendue, on compte 1,322 cas de diphthérie et 736 décès, soit 1 sur 1 malade 7 dixièmes, effrayante proportion que la variole n'a pas atteint dans ses plus mauvais jours. J'ajouterai qu'il n'a pas été pratiqué une seule trachéotomie.

Il semblerait, s'il était permis de hasarder cette hypothèse, que de Boulogne, où elle sévissait l'année dernière, la maladie s'est étendue, gagnant d'autres communes du Pas-de-Calais, en se propageant jusque vers le département de la Seine-Inférieure. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle a franchi le détroit et que l'Angleterre commence à se préoccuper d'une affection dont elle ne connaissait presque l'existence que par les récits des médecins du continent.

Au Midi, il existerait un autre foyer dans les Hautes et Basses-Alpes qui comptent à elles seules plus du quart des décès.

Ces indications n'ont d'ailleurs qu'une valeur plus que contestable et ne méritent pas qu'on s'y arrête. Non-seulement les matériaux manquent pour écrire l'histoire épidémique du croup; mais les notions médicales ne se sont pas encore assez propagées pour que tous les médecins soient appelés à recueillir des observations concluantes. Dans un même département, on voit décrites sous le même nom deux épidémies, l'une qui frappe 18 élèves d'un pensionnat, tous guéris en peu de jours, l'autre qui, sur 60 malades, cause 21 décès. Dans un autre département l'invasion de la diphthérite est sérieusement rapportée à l'abus des châtaignes qui constituent la principale nourriture des habitants.

Et cependant que d'utiles renseignements pourrait fournir une observation qui s'exercerait dans des conditions si précieuses pour la science! Combien il importerait d'être renseigné sur les formes que la maladie peut prendre, sur son plus ou moins de tendance à envahir le larynx, à siéger sur les points de la peau dépourvus d'épiderme, sur les relations qu'elle entretient avec d'autres fièvres éruptives, et en particulier avec la scarlatine, sur le degré d'immunité de l'âge adulte, suivant les épidémies, sur la bénignité relative de l'affection et sur les succès des divers traitements.

Digitized by Google

VARIOLE.

J'ai dû me borner, relativement à la diphthérite, à vous signaler les nombreux et regrettables desiderata; je ne veux également insister que sur un seul fait en ce qui touche à la variole. Dix-sept départements ont été atteints par la variole épidémique et sur 2,378 varioleux on compte 177 décès, soit 1 sur 14. Il est hors de doute qu'un grand nombre de malades n'ont pas réclamé de secours médicaux et que la proportion tirée des chiffres officiels ne répond pas à la vérité. En acceptant cette mortalité telle qu'elle est, la variole descendrait encore au rang des épidémies les moins meurtrières, alors qu'au siècle dernier la mortalité fatale, en temps d'épidémie, était, comme on le sait, de 1 sur 3 varioleux. Ce serait déjà pour la vaccine un beau triomphe, mais la vaccine a rendu un service encore plus signalé.

Tous les médecins, sans exception, qui ont eu l'occasion d'assister à des épidémies déclarent que presque tous les varioleux qui ont succombé n'avaient pas été vaccinés. On compte encore en France, chose triste à dire, des communes oubliées où, à défaut de médecin résidant, le médecin vaccinateur du canton n'a pas apparu depuis plusieurs années. Que la variole, et le cas s'est présenté, survienne dans un tel milieu, quels obstacles trouvera-t-elle à son développement?

En vous présentant ce résumé des épidémies de 1857, je sais, messieurs, que je suis loin d'avoir épuisé un si vaste sujet. Je ne demande qu'une chose, c'est que cette notice, tout abrégée qu'elle est, vous ait donné une idée de l'importance que peut acquérir cette grande enquête entreprise chaque année sur les maladies épidémiques de la France. L'organisation du service des épidémies est excellente; elle répond à tous les besoins, et du jour où elle sera assujettie à un fonctionnement régulier, elle donnera les résultats les plus favorables. L'Académie peut au moins appeler de ses vœux ce moment; elle peut peut-être encore davantage.

La plupart des médecins des épidémies, isolés les uns des autres, ne savent de quel côté il convient de diriger leurs recherches et à quelles questions ils doivent s'attacher de préférence. L'Académie est le centre où viennent aboutir tous les travaux: ne pourrait-elle pas être aussi le foyer d'où partiraient des indications utiles à tous. Sans imposer ni une

Digitized by Google

direction ni un programme absolu, elle signalerait les problèmes qui lui paraissent, chaque année, le plus dignes de fixer l'attention. Soit qu'elle appelât les recherches sur le mode de propagation de telle ou telle maladie, soit qu'elle provoquât des investigations sur la pathogénie, la symptomatologie ou le traitement, elle éviterait aux médecins l'inconvénient de rouler toujours dans un même cercle, tout en leur laissant la plus entière liberté (1).

Je me suis efforcé dans la première partie de ce rapport de vous présenter le tableau des épidémies de 1857, aussi complet que l'ont permis les matériaux mis à notre disposition. Il me reste à présent à remplir la seconde partie de ma tâche, en signalant les médecins dont les rapports nous ont paru mériter d'être l'objet d'une distinction.

En passant en revue les faits les plus importants qui se sont produits dans le cours des épidémies de 1857 et les considérations médicales auxquelles ils ont donné lieu, j'ai eu récemment l'occasion de vous exposer le contenu des meilleurs mémoires et de vous en faire connaître l'esprit. Reprendre chacune des monographies pour en donner un nouveau résumé, ce serait s'exposer à de nombreuses redites; votre rapporteur a cru devoir se borner à rappeler à l'Académie les principaux motifs qui ont décidé le choix de la commission.

Parmi les mémoires qui ont été soumis au jugement de l'Académie, un certain nombre, bien que recommandables à divers titres, nous ont paru cette année, comme l'année dernière, ne pas rentrer dans le cadre des questions dévolues à la commission des épidémies. Plusieurs sont consacrés à l'exposition de vues théoriques, d'autres à des méthodes thérapeutiques que les auteurs proposent contre diverses maladies, d'autres à des affections endémiques, d'autres enfin à l'étude des constitutions médicales révélées par des affections sporadiques. Si la commission a regretté de ne pouvoir solliciter pour quelques-uns de ces travaux les encouragements dont ils étaient dignes, elle ne saurait se dissimuler que la plupart ne se recommandaient pas par des

(1) Depuis la rédaction de ce rapport, quelques documents sont parvenus à la commission, et par conséquent ne figurent pas dans le compte rendu général. Ce sont des descriptions détaillées de plusieurs épidémies de dysenterie et de fièvre typhoïde omises dans les pièces adressées par les départements des Bouches-du-Rhône, de Seine-et-Marne, de Saône-et-Loire, du Jura, du Loir-et-Cher.

Digitized by Google

qualités assez éminentes pour la déterminer à outre-passer ses attributions.

Les documents médicaux relatifs aux épidémies sont de deux ordres : les uns constituent de véritables monographies auxquelles leurs auteurs ont conservé ou non les apparences d'un rapport administratif, mais qui, en réalité, excèdent les limites d'une pièce officielle et ne reculent devant aucun problème pathologique; les autres sont de simples relations destinées à faire connaître l'extension de l'épidémie, sa nature, les mesures propres à la modérer ou à y porter remède. Il est bien évident que ces derniers rapports, simples réponses au questionnaire formulé par l'Académie, ne suffisent pas pour mériter à leurs auteurs les honneurs d'une récompense exceptionnelle. Il semble, en effet, de toute justice de réserver une distinction aux auteurs d'études monographiques. Et cependant, en se conformant à cette justice apparente, il arrive que les départements où le service médical des épidémies est le mieux organisé ne sont même pas l'objet d'une mention honorable. Dans plusieurs départements, mais surtout dans ceux du Pas-de-Calais et d'Ille-et-Vilaine, l'organisation, comme je l'ai déjà signalé, est telle qu'elle peut et doit servir de modèle; mais plus l'organisation administrative est forte, plus elle fonctionne régulièrement et plus les individualités s'effacent pour rentrer dans un effort commun. Aussi, tout en regrettant de ne pouvoir les citer nominativement, votre commission tient à témoigner publiquement aux médecins des épidémies des départements du Pas-de-Calais et d'Ille-et-Vilaine ses remercîments pour le zèle persévérant dont ils ont fait preuve. Si le service médical s'effectuait partout avec la même entente et la même ponctualité, la France serait en mesure de fournir, chaque année, une enquête sur la santé publique, sans analogue dans aucun pays de l'Europe.

Les relations détaillées ont été, cette année, un peu moins nombreuses que l'année dernière : elles portent presque toutes sur les épidémies de fièvre typhoïde et de dysenterie, qui, tout en fournissant matière à des études intéressantes, ne se prêtaient pas à des vues originales. J'ai déjà fait connaître les principales conclusions auxquelles leurs auteurs avaient été conduits. Peu de mots suffiront pour caractériser les mérites par lesquels se recommandent les rapports suivants, sur lesquels la commission appelle votre bienveillante attention :

Digitized by Google

M. le docteur Crié (à Laval) a rendu compte d'une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans trois communes de son arrondissement. Après avoir fait connaître les conditions météorologiques et hygiéniques, il rappelle les épidémies antérieures et raconte avec détails l'épidémie dont il a été témoin et qui a atteint 278 individus, sur une population d'environ 5,000 âmes. Les données statistiques sont recueillies sobrement, mais avec tous les détails utiles. La pathogénie a été surtout l'objet de l'attention de l'auteur, qui a su rester dans le domaine du fait et n'a pas dépassé ce que lui enseignait sa propre observation.

M. le docteur Piedvache, déjà couronné par l'Académie à l'occasion d'un mémoire sur la contagion de la fièvre typhoïde (1), s'est attaché, de préférence, à discuter les divers modes de traitement de la dysenterie épidémique. Habitant au chef-lieu d'un arrondissement éprouvé par cette maladie en 1853, 1854, 1856 et 1857, mais surtout pendant cette dernière année, M. Piedvache avait de précieux éléments de comparaison recueillis dans les mêmes localités. La description qu'il donne de la maladie est brève, mais substantielle. La médication préférée par l'auteur est celle qui a réuni le plus de suffrages et à laquelle se sont plus ou moins ralliés tous les médecins appelés à traiter en 1857 les dysenteries épidémiques.

M. le docteur Guipon a réuni dans un rapport général les maladies épidémiques qui se sont produites en 1857 dans l'arrondissement de Laon : ce sont la fièvre typhoïde, la dysenterie et la diarrhée cholériforme. La fièvre typhoïde a été de beaucoup l'affection la plus grave et la plus étendue; répandue dans cinq communes, elle s'est montrée avec quelques phénomènes particuliers, que l'auteur a su faire ressortir. Ces indications sur l'étiologie sont intéressantes, quoiqu'une part un peu trop large soit faite aux conditions hygiéniques.

Une épidémie de variole, survenue au mois d'avril 1857 dans la commune du Déluge (Oise), et limitée à ce petit centre de population, où elle s'est maintenue pendant quatre mois, a fourni la matière du Mémoire de M. le docteur Émile Bordes (de Beauvais). Un certain nombre d'épidémies analogues ont eu lieu sur divers points. Il est bien regrettable que chacune d'elles n'ait pas été l'objet d'une relation conçue dans

(1) Imprimé dans les *Mémoires de l'Académie de médecine*. Paris, 1850, t. XV, p. 289 à 372.

Digitized by Google

le même esprit que celle décrite par M. Bordes, lequel traite dans une juste mesure toutes les questions que soulève cette maladie.

En vous demandant de désigner pour la médaille d'argent M. le docteur Dehée, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Arras, votre commission exprime le vœu que l'Académie donne, par cette distinction accordée à l'auteur du rapport d'ensemble, un témoignage de sa satisfaction aux médecins des épidémies du Pas-de-Calais, qu'elle regrette de ne pouvoir récompenser individuellement. M. le docteur Le Bêle a eu occasion de suivre une épidémie de fièvre typhoïde survenue dans l'enceinte d'un couvent qui reçoit des femmes détenues et des pénitentes. La maladie, sans acquérir une extrême gravité, a offert dans sa marche, et surtout dans son mode de propagation, diverses particularités que M. Le Bêle a soigneusement et habilement recueillies.

M. le docteur Mavel a également rendu compte d'une épidémie de fièvre typhoïde de moyenne intensité; son travail est surtout recommandable par les détails qu'il contient sur la population, les habitudes, la constitution médicale habituelle de la commune d'Ambert, où a régné cette épidémie.

Le mémoire de M. le docteur Lacaze sur la fièvre typhoïde de Montgeron est une œuvre de longue haleine, mais dans laquelle l'auteur a cru devoir consacrer les principaux développements à des considérations générales qui s'appliquent aussi bien à la fièvre typhoïde sporadique qu'épidémique. Les divers éléments de statistique y sont recueillis avec la plus louable sollicitude; peut-être les chiffres peu élevés sur lesquels portent les relevés ne suffiraient-ils pas pour établir des conclusions décisives.

M. le docteur Fouquet a observé une grande épidémie de dysenterie dans l'arrondissement de Vannes, où elle a fait plus de 400 victimes. Son mémoire est écrit simplement et avec méthode. Le mode de traitement sur lequel a insisté l'auteur lui est personnel et répond à une vue théorique sur la nature de la maladie.

L'épidémie de fièvre typhoïde décrite par M. Reignier, médecin cantonal de Bouzonville (Moselle), celle dont M. le docteur Fourrier (de Serrouville) a esquissé le tableau, nous ont paru mériter d'être mentionnées honorablement.

Enfin votre commission a reçu de plusieurs des médecins des épidé-

Digitized by Google

mies honorés, l'année dernière, d'une médaille, des mémoires qu'elle est heureuse de vous signaler, sans pouvoir les récompenser comme elle le voudrait : ce sont les travaux de MM. Martin Duclaux, Jobert et Gestin.

En conséquence, votre commission a l'honneur de vous proposer de vouloir bien désigner :

Pour la médaille d'argent :

MM. Crié, médecin des épidémies à Laval (Mayenne);
Piedvache, — à Dinan (Côtes-du-Nord);
Guipon, — à Laon (Aisne);
Bordes (Émile), — à Beauvais (Oise);
Dehée, — à Arras (Pas-de-Calais);
Lacaze, — à Montgeron (Seine-et-Oise).

Proposition supplémentaire : M. Ragaine, médecin à Mortagne (Orne).

Pour la médaille de bronze :

MM. Le Bêle, médecin des épidémies au Mans (Sarthe);
Mavel, — à Ambert (Puy-de-Dôme);
Fouquet, — à Vannes (Morbihan).

Et de mentionner honorablement :

MM. Reignier, médecin des épidémies à Thionville (Moselle);
Fourrier, — à Serrouville (Moselle).

Digitized by Google

PRIX D'ARGENTEUIL.

DES PERFECTIONNEMENTS

APPORTÉS AU TRAITEMENT

DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE

ET AUTRES MALADIES DES VOIES URINAIRES

(PÉRIODE DE 1850 A 1856).

RAPPORT DE LA COMMISSION SUR LES MÉMOIRES ENVOYÉS A L'ACADÉMIE (1)

Par M. LAUGIER, Rapporteur.

La commission du prix d'Argenteuil pour la période de six années, commencée en 1851 et terminée avec 1856, vous apporte aujourd'hui le résultat de son travail. Elle commencera son rapport par la lecture du testament du marquis d'Argenteuil, comme elle a cru devoir faire précéder par cette lecture le début de son étude des titres des compétiteurs.

En effet, messieurs, il est besoin que l'Académie veuille bien entendre encore une fois cette lecture pour être à même de juger et d'approuver le rapport de la commission actuelle. Il importe aussi que désormais votre juridiction soit fixée sur les conditions d'admission au concours, et que chacun soit bien et dûment averti de la règle établie pour toute invention ou publication que son auteur adresse à la commission chargée d'adjuger le prix.

(1) Imprimé par décision de l'Académie, séance du 15 février 1859.

Digitized by Google

Le testament est ainsi conçu :

« Je lègue à l'Académie royale de médecine de Paris la somme de 30,000 fr., pour » être placée, avec les intérêts qu'elle produira du jour de mon décès, en rente sur » l'État, dont le revenu accumulé sera donné tous les six ans à l'auteur du perfec- » tionnement le plus important apporté, pendant cet espace de temps, aux moyens » curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre. Dans le cas, mais dans le cas » seulement où, pendant une période de six ans, cette partie de l'art de guérir n'au- » rait pas été l'objet d'un perfectionnement assez notable pour mériter le prix que » j'institue, l'Académie pourra l'accorder à l'auteur du perfectionnement le plus » important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies » urinaires. »

Ainsi voilà qui est bien entendu : chaque commission nommée par l'Académie pour le prix d'Argenteuil répond à une période de six années, pendant laquelle a pu être apporté un perfectionnement notable aux moyens curatifs des rétrécissements de l'urèthre. Il faut, pour obtenir le prix, que ce perfectionnement soit déclaré le plus important dans cette période; ce n'est, enfin, qu'à défaut d'un perfectionnement du traitement des rétrécissements uréthraux assez grand pour être couronné, que l'Académie pourra accorder le prix à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six années au traitement des autres maladies des voies urinaires.

Telle est la lettre du testament. Faut-il en chercher l'esprit?

L'intention évidente du testateur a été de tenir en haleine le génie investigateur des chirurgiens, et d'appeler son attention continue, par la perspective d'une récompense périodique, sur le traitement de la cruelle affection qui, dit-on, avait abrégé sa vie : il a voulu diriger, encourager et récompenser les travailleurs actuels; les comprendre, à mesure que le temps marche, dans des périodes distinctes, sans permettre à chacune d'empiéter sur la suivante qu'autant que cela serait nécessaire pour la réalisation d'une nouvelle méthode de traitement.

Par contre, il n'a pas eu pour but d'accorder des prix successifs dans un ordre chronologique tel que celui des compétiteurs qui aurait le plus approché du prix dans un concours pût à son tour le recevoir au concours suivant, sans avoir modifié heureusement son premier travail, car il aurait ainsi grevé l'avenir, qu'il voulait rendre fécond; il aurait repoussé peut-être ce perfectionnement important qu'il avait eu en vue

Digitized by Google

d'amener ; il aurait même, si l'on y fait bien attention, autorisé l'Académie à désavouer son précédent jugement ; il aurait effacé d'un trait de plume ce qu'il venait de formuler en termes si précis.

Il a prétendu, au contraire, qu'à chaque période nouvelle de six années, de nouveaux travaux, ou des travaux déjà ébauchés, mais achevés cette fois, des procédés déjà connus, mais rendus neufs par des modifications notables, fussent offerts au concours, et pussent obtenir le prix à la condition d'être un perfectionnement. C'est faute d'avoir compris cette vue du testateur que des compétiteurs ont adressé à l'Académie leurs anciens mémoires non modifiés, leurs anciennes méthodes restées incomplètes. De là cette quantité de notes, de mémoires et même de livres écrits et envoyés dans l'espoir du prix d'Argenteuil, qui encombrent les cartons de l'Académie, et dont la masse est destinée à s'accroître sans mesure si, à l'exemple de la commission actuelle, l'Académie ne s'attache pas strictement à la lettre comme à l'esprit du testament.

Dans l'application du principe invoqué par la commission, il reste sans doute plus d'une difficulté que des esprits subtils ne manqueraient pas de grossir encore.

La méthode née la veille de l'ouverture d'un concours sera-t-elle donc trop vieille pour le lendemain ?

Celle qui a pris naissance le jour qui précède sa clôture n'a pas assez vécu pour être admise par lui, et, n'appartenant pas à la période suivante, sera donc rejetée à jamais par une application trop arithmétique du principe ? Et si cette méthode s'appelait la lithotripsie, par exemple, ni les intentions du testateur, ni la justice ne seraient satisfaites !

Messieurs, avec de la bonne foi et du bon sens, ce sont là des difficultés dont on vient à bout.

Douterait-on de l'Académie à ce point qu'on la jugeât capable de méconnaître et de repousser du concours un perfectionnement qui aurait la valeur de la lithotripsie ? Elle lui ferait accueil, au contraire, et il en serait de même de toute méthode importante dans le traitement des rétrécissements.

Ce n'est pas à dire pour cela qu'il ne faille pas, dans le but de rester fidèle au sens du testament et de le rendre exécutable, admettre une prescription pour des idées qui peuvent avoir leur importance, mais

Digitized by Google

qu'il ne s'agit plus de récompenser, parce qu'elles appartiennent à une époque trop éloignée, et parfois même antérieure à l'institution du prix d'Argenteuil.

Les rétrécissements de l'urèthre sont une maladie si commune, que quelques mois peuvent suffire à une méthode nouvelle pour prouver son existence et son utilité.

Convenons qu'il faudra bien peu d'attention à tout inventeur d'une idée nouvelle, s'il vise au prix d'Argenteuil, pour en faire cadrer la publication avec une des périodes de six années instituées par le concours.

Ce ne sont donc pas les moyens nouveaux de traiter les rétrécissements de l'urèthre qu'il sera désormais difficile de classer, d'apprécier et de récompenser s'il y a lieu.

S'il y avait embarras, ce serait à l'égard des inventeurs anciens, et cet embarras disparaît en adoptant le système de la commission.

Il suffit, en effet, de lire le texte du testament pour reconnaître que les compétiteurs qui font remonter la date de leurs travaux avant la fondation du prix ne doivent pas être admis au concours.

Le testament du marquis d'Argenteuil part de cette pensée, qu'à l'époque de sa mort les méthodes de traitement des rétrécissements de l'urèthre sont insuffisantes et ont besoin de grands perfectionnements.

Peut-on songer alors à récompenser comme tels des moyens curatifs contre l'insuffisance desquels la voix du testateur s'élevait en appelant un meilleur avenir pour l'humanité? Il ne pouvait être question que de perfectionnements ultérieurs. A plus forte raison, cette règle est-elle applicable aujourd'hui.

C'est après avoir posé ces principes que la commission actuelle a dû rejeter de son examen toute méthode de traitement trop évidemment antérieure à 1850, et particulièrement celle qui avait été un objet d'étude pour la commission précédente. Elle aurait pu admettre des inventions récentes un peu antérieures à sa constitution, mais elle n'a pas eu occasion de le faire. Tous les candidats éliminés pour cause de déchéance fondaient leur espoir sur des travaux d'une antériorité flagrante.

Par contre, elle a dû renvoyer à l'examen de la future commission quelques mémoires postérieurs à 1856. Bien que son rapport, comme celui des autres commissions, soit en retard, les éléments de son travail

Digitized by Google

n'en sont pas moins compris entre des limites bien définies ou sagement posées.

Il ne nous reste donc qu'à vous rendre compte des résultats de son examen.

Vingt-cinq candidats se sont présentés au concours; mais ce nombre a, dès l'abord, été réduit à vingt-deux. Les nos 3 et 16 ne font pas connaître les moyens qu'ils vantent. L'un est le sieur Concet, officier d'artillerie; l'autre, M. le docteur Heurteloup, qui voulait d'abord être jugé sur ses succès et sur sa parole, sans communiquer à la commission l'opération qu'il pratique.

Le n° 12 ne s'est pas fait connaître, et ne voulait être connu que si son travail avait le prix. Il ne donne que le dessin d'un uréthrotome qu'il prétend plus parfait que les autres, mais sans observations à l'appui. La majorité de la commission a pensé que le secret ne devait pas être violé. Sur les vingt-deux restants, il en est cinq dont les travaux, par leur date trop ancienne, n'appartiennent plus au concours d'Argenteuil. Un d'entre eux, M. Leroy, a produit une méthode trop nouvelle, qui peut être, s'il le désire, réservée pour le concours futur. Les autres sont MM. Guillon, Ivanchic, Sharlau (de Stettin), Debeney. Nous entrerons pourtant à leur sujet dans des détails suffisants pour justifier aux yeux de l'Académie le jugement de la commission.

Parmi les dix-sept autres, il se trouve un autre candidat qui jusqu'ici a voulu rester inconnu. C'est un étranger, il est de Berlin; son nom est contenu dans un paquet cacheté. Les remèdes qu'il préconise, et dont il indique l'usage, sont secrets, et l'Académie sera peut-être étonnée que la commission ait cru devoir le compter au nombre des compétiteurs; mais son mémoire et une caisse contenant les médicaments nécessaires au traitement ont été adressés à l'Académie pour le concours d'Argenteuil par M. le ministre de l'instruction publique, et le candidat anonyme a pour correspondant à Paris M. Gasperini, secrétaire de la légation de Prusse. Cet envoi officiel nous a déterminés à rendre compte du travail qu'il concerne, autant que le comporte le mystère derrière lequel se cachent l'auteur et ses médicaments, sinon le but et l'effet de sa méthode.

Il reste donc seize candidats, dont les travaux peuvent se classer sui-

Digitized by Google

vant leur objet. Vous verrez, messieurs, par ce classement, que tous n'ont pas saisi le but véritable du concours d'Argenteuil.

L'un d'entre eux envoie un mémoire très étendu sur l'anatomie de l'urèthre chez l'homme à l'état sain, le cathétérisme dans le même cas, et la meilleure courbure des sondes.

Un second traite du cathétérisme opéré par le malade lui-même dans l'état sain sans doute, et de la meilleure position qu'on doit prendre pour l'introduction de la sonde. D'autres, mieux renseignés sur le sujet du concours, se sont occupés du cathétérisme dans le cas de rétrécissement et de leurs moyens de traitement. Enfin plusieurs, sans sortir du cercle du concours, se sont réfugiés dans la deuxième catégorie de travaux qui peuvent y être admis en cas d'insuffisance des méthodes propres aux rétrécissements de l'urèthre.

Je dois dire aussi qu'un fabricant d'instruments de chirurgie, qui n'a pas été inutile aux inventeurs d'uréthrotome, a envoyé au concours quelques produits de sa fabrique et de son invention ayant trait aux maladies des voies urinaires, et notamment aux rétrécissements de l'urèthre.

Nous avions d'abord eu la pensée de faire connaître à l'Académie les travaux des compétiteurs en faisant autant de classes à part qu'ils avaient eu d'objets particuliers. Ainsi, nous aurions parcouru successivement les mémoires ou les portions de mémoires relatifs au cathétérisme dans l'état sain, au diagnostic des rétrécissements, au cathétérisme dans le cas de canal rétréci, à la dilatation forcée ou non forcée et progressive, à la cautérisation, à l'uréthrotomie, etc., etc.

Cet ordre, qui conviendrait parfaitement à un ouvrage, ne nous a pas paru préférable pour rendre compte du concours; plusieurs des candidats auraient ainsi appartenu à diverses divisions, et l'ensemble de leur travail aurait été pour ainsi dire morcelé: nous avons préféré, comme l'avait fait la dernière commission, passer en revue les compétiteurs rangés autant que faire se peut suivant l'affinité de leurs idées, ce qui en facilite la comparaison. Entrons donc maintenant dans l'étude de leurs mémoires.

Digitized by Google

N° 24. — M. Lemazurier (de Versailles).

Son procédé consiste uniquement à faire prendre au malade la position suivante pour le cathétérisme opéré par lui-même. Le malade doit être placé dans un bain de siége ou sur un carreau très bas, le bassin très déprimé, les cuisses fortement fléchies sur le tronc, un peu porté en avant.

Un de ses malades trouva dans cette attitude la plus grande facilité à s'introduire une sonde fine de gomme élastique qui ne pénétrait pas dans toute autre position.

M. Lemazurier, médecin des épidémies de l'arrondissement de Versailles, l'un de nos correspondants, nous adresse ce renseignement dans l'intérêt de l'humanité, dit-il, et dans l'espoir que ce procédé pourra acquérir dans les mains des hommes de l'art, plus adonnés que lui à la pratique chirurgicale, la sanction d'une grande expérience.

Chacun de vous, messieurs, comprendra que dans l'attitude indiquée, qui ne serait pas d'ailleurs facile à prendre pour tous les malades, la portion pénienne de la verge, ramenée vers le pubis et l'abdomen, fait suite plus exactement à la portion ascendante vers la symphyse de la région membraneuse, et que l'angle qui se trouve entre les deux portions de cette région est en grande partie, sinon complétement effacé. De là une plus grande facilité de l'introduction des sondes. Dès longtemps les chirurgiens ont su profiter de cette disposition de l'urèthre, même pour les malades couchés dans la position horizontale. Il n'y a donc pas lieu de donner suite à l'idée de M. Lemazurier comme à une idée nouvelle.

N° 8. — M. Gely (de Nantes).

Son mémoire est intitulé : *Études sur le cathétérisme curviligne, et sur l'emploi d'une nouvelle courbure.*

C'est un véritable traité du cathétérisme chez l'homme. Il en recherche l'origine chez les anciens, trouve celle de la sonde courbe dans l'école d'Alexandrie, de la sonde droite dans Paul d'Égine, etc.

Le principe que la sonde doit avoir la courbure du canal est admis dès cette époque reculée; mais la détermination de la courbure de

Digitized by Google

l'urèthre ne devait être faite exactement que dans les temps modernes.

Une étude approfondie des variations qu'a subies la forme des sondes est faite par M. Gely, mais ne peut trouver place ici. Sa conclusion, c'est que ces formes doivent se rapporter à cinq époques.

Première époque. — Sonde de Pompeia, courbure peu profonde et allongée.

Deuxième époque. — Sonde d'Ambroise Paré, courbure plus profonde et plus brusque.

Troisième époque. — Sonde de Dionis, Garengeot, Heister, dont la courbure offre un renflement imité du cathéter cannelé du lithotomiste.

Quatrième époque. — Une révolution dans les idées à ce sujet ramène à la fin du XVIII^e^ siècle la sonde des anciens dans les mains de Chopart, Desault et Boyer.

Cinquième époque. — Quelques années plus tard, les chirurgiens, recommençant la suite des temps, revenaient à la sonde de Paré.

Il n'y a donc en réalité que trois types :

Sonde des anciens, celle de Paré et des modernes, sonde en forme de cathéter du XVIII^e^ siècle.

Mais, suivant M. Gely, ces diverses transformations ne s'appuient sur aucune recherche clinique ou anatomique.

Parmi les modernes, Blandin est le seul à ses yeux qui ait bien étudié et décrit la courbure de la partie fixe du canal de l'urèthre.

Suivant M. Gely, la courbure de l'urèthre est prolongée en avant par la concavité de la portion bulbeuse; elle commence donc en avant de la symphyse, au niveau de l'attache du ligament supérieur de la verge, pour se terminer au col de la vessie. Elle comprend, outre les portions prostatique et membraneuse, une partie de la portion spongieuse qui n'a pas moins de 4 centimètres (1 pouce 1/2).

Elle est déterminée et maintenue par trois points fixes :

1° Le ligament suspenseur de la verge en avant de la symphyse;

2° L'aponévrose moyenne au-dessous de cette symphyse;

3° Les ligaments pubio-prostatiques en arrière.

Ces trois points d'attache varient dans leur longueur, leur mobilité, leur extensibilité, leur situation, différences qui répondent aux variations individuelles de la forme du canal, et font comprendre une certaine

Digitized by Google

extension et certains déplacements qui permettent l'introduction de sondes diversement courbes et même droites.

Je ne pourrais vous donner une idée, même approximative, des recherches étendues que M. Gely a faites sur le cadavre pour arriver à la détermination de la courbure réelle du canal et de ses variétés. Plus de soixante sujets lui ont servi à ces recherches. Je me vois dans la nécessité de vous faire grâce de la longue analyse de son consciencieux travail, à laquelle je me suis moi-même livré.

Ce que j'y ai remarqué de plus curieux peut-être, c'est la rareté des cas où il a rencontré au col de la vessie les valvules de la muqueuse, l'hypertrophie du lobe moyen de la prostate, le développement anormal de la luette vésicale, signalés comme si fréquents par quelques spécialistes. Dans trois ou quatre cas sur soixante, la lèvre postérieure du col vésical était assez extensible pour être amenée par une contraction énergique sur l'orifice de l'urèthre.

De la détermination géométrique de la courbure uréthrale, M. Gely arrive à celle de la sonde qui s'y adapte le mieux.

Il admet quatre modèles de sondes, suivant la grandeur du canal :

N° 1. La courbure de la sonde se modèle sur un arc de cercle qui a 10 centimètres de diamètre ; elle convient aux petits canaux.

N° 2. Arc de cercle de 11 centimètres de diamètre.

N° 3. Arc de cercle de 12 centimètres (canaux moyens).

N° 4. Arc de cercle de 13 centimètres de diamètre (grands canaux).

Rien n'égale, suivant lui, la facilité du cathétérisme exécuté avec cette courbure de la sonde dans l'état sain, et même pathologique. Il faut avoir lu en entier le long et consciencieux mémoire de M. Gely pour avoir une idée des nombreuses, patientes et savantes investigations auxquelles il s'est livré, et cependant, il le reconnaît lui-même, il n'y a rien d'absolument neuf dans son travail. Son anatomie de l'urèthre est celle de Blandin, sa sonde celle d'Amussat et même de Récamier ; mais ce qui lui appartient, c'est d'avoir mis dans ses déterminations une précision telle qu'on peut la considérer comme impossible à surpasser. Malheureusement, il faut le reconnaître, il n'y a là nul rapport avec l'objet du prix d'Argenteuil, et l'on est forcé de laisser ce laborieux chirurgien en dehors du concours.

Digitized by Google

N° 25. — M. Désormeaux.

Son mémoire a pour titre : *De l'endoscope, et de son emploi pour l'étude et le traitement des maladies de l'urèthre et de la vessie.*

La publication de l'*uréthroscope* date de 1853. Elle a été faite sous forme de mémoire adressé à l'Académie. Sous ce rapport encore M. Désormeaux est dans les conditions du concours actuel.

L'instrument est un cathéter *droit*, creux, garni d'un embout. Il est destiné à examiner la membrane muqueuse de l'urèthre dans toute sa longueur, ou seulement dans le point où l'on soupçonne un rétrécissement, dont la présence a déjà été indiquée par une bougie à boule.

Mais avant cet examen, fait pour un état morbide, il faut avoir établi préalablement quel est l'aspect de l'état sain de la membrane uréthrale.

A l'état sain, la muqueuse de l'urèthre, vue à l'endoscope, qui est le spéculum de ce canal, présente une couleur rose pâle et une surface lisse. Étudiée du col vésical au méat urinaire, elle se replie en se fronçant à l'extrémité de la sonde comme la muqueuse vaginale au bout du spéculum, et forme des figures variées à mesure que la sonde est retirée; les deux côtés de la paroi muqueuse s'accolent sur la ligne médiane, ce qui a lieu tantôt en produisant des plis rayonnés partant d'un point commun, tantôt suivant une ligne droite légèrement courbe, verticale, horizontale ou souvent oblique, qui peut occuper tout un diamètre de la sonde, mais habituellement n'occupe qu'une partie de la surface visible, et se termine par des plis rayonnés diversement disposés. On peut produire à volonté ces différents aspects ; ils tiennent en effet à la direction donnée à la sonde. Si elle suit l'axe du canal, les plis rayonnés de la membrane muqueuse aboutissent à un centre commun ; si elle appuie davantage par son bec sur une des faces de l'urèthre, la muqueuse se referme linéairement à son extrémité.

L'application de l'endoscope dans les cas de blennorrhée et de rétrécissements inflammatoires fait découvrir, au point où une bougie à boule a reconnu une stricture, une surface enflammée, rouge, couverte de petites granulations de volume variable. Cette altération rend bien compte de la persistance d'un suintement comme on le voit sur la conjonctive ou le col utérin. Elle explique aussi l'épaississement des parois

Digitized by Google

qui produit la diminution du calibre de l'urèthre. Cet aspect, observé chez plusieurs malades, a conduit M. Désormeaux au traitement local des inflammations granuleuses, c'est-à-dire à l'application du nitrate d'argent en solution porté à travers la sonde à l'aide d'une tige flexible ayant à son extrémité un petit tampon de coton trempé dans le caustique. Ce caustique se forme d'une partie de nitrate d'argent pour trois parties d'eau distillée, solution très concentrée. Par ces applications répétées tous les trois ou quatre jours, et dans l'intervalle desquelles les malades prennent des bains et font des injections de décoction de roses de Provins, M. Désormeaux a constaté la disparition des granulations ainsi que celle du rétrécissement.

Il a mis ainsi sous les yeux du chirurgien les résultats connus de la cautérisation superficielle dans les rétrécissements de l'urèthre non organiques, mais inflammatoires, et il est donc en mesure d'expliquer beaucoup mieux qu'on ne l'avait fait jusqu'ici la formation de cette espèce de rétrécissement, d'en constater la lésion, et de rendre compte de sa guérison par un traitement méthodique.

L'endoscope lui a donné d'autres renseignements sur l'aspect de l'urèthre dans les rétrécissements organiques. Ils offrent deux variétés très différentes à l'œil. Dans un rétrécissement circulaire, dur, les bords de l'ouverture étroite, qui a persisté, ne reviennent pas sur eux-mêmes, elle reste béante ; on l'aperçoit quelquefois au bout de l'instrument, tantôt au centre, tantôt sur quelque autre point d'un diaphragme membraneux sur lequel s'applique l'extrémité de la sonde ; si le rétrécissement est moins dur, les parois de l'urèthre conservent assez de souplesse pour s'accoler comme à l'état normal ; seulement, au lieu de varier d'aspect, leur rapprochement a lieu suivant des lignes constantes. Souvent encore l'obstacle se présente sous la forme d'une saillie arrondie, située sur un point de la circonférence du canal, d'une sorte de mamelon coiffé par la partie saine de la muqueuse.

Dans le point rétréci, la membrane muqueuse a le plus souvent sa couleur normale, quelquefois d'un rouge plus ou moins vif ou même violacé foncé. Enfin dans quelques cas de rétrécissements durs et sans écoulement, M. Désormeaux a vu la couleur des points malades plus blanche que le reste du canal.

Il n'a tiré de l'application de l'endoscope aux rétrécissements orga-

Digitized by Google

niques rien de particulier pour leur traitement. On ne voit pas cependant ce qui empêcherait de se servir de la cavité de la sonde exploratrice pour porter dans le rétrécissement des instruments propres à le dilater, à l'inciser avec plus de certitude qu'on ne fait sans cette espèce de conducteur.

M. Désormeaux se sert encore de l'endoscope pour étudier l'intérieur de la vessie, pourvu que celle-ci soit distendue par un liquide limpide; la sonde usitée dans ce cas est terminée par une glace à faces parallèles, qui empêche la sortie du liquide. On l'introduit comme la sonde évacuatrice de M. Mercier, dont elle présente la forme. Par des mouvements variés de la sonde, on peut voir dans une assez grande étendue la muqueuse vésicale, dont on apprécie très bien, dit M. Désormeaux, l'aspect et la coloration. Dans trois cas où la vessie était saine, la muqueuse vésicale était lisse, d'un blanc jaunâtre, avec une légère teinte noire. Dans deux cas de névralgie de la vessie, on pouvait suivre quelques vaisseaux très fins dans l'épaisseur de la muqueuse.

M. Désormeaux a aussi exploré des calculs vésicaux, dont on distingue la coloration, l'état lisse ou rugueux. Il a reconnu chez un malade lithotritié, la forme, la couleur et les dimensions de fragments anguleux restés dans la vessie. Dans des expériences sur le cadavre, il a vu et fait voir aux assistants des grains de sable de moins d'un millimètre, dont on appréciait aisément le volume, la forme, la couleur.

M. Désormeaux n'est pas le premier qui ait eu l'idée d'examiner l'intérieur de la vessie avec un instrument qui permet d'y porter une lumière plus ou moins vive. Mais ces idées n'ont pas pénétré dans la pratique, et leurs auteurs ont paru renoncer eux-mêmes au parti qu'ils auraient peut-être pu tirer de leur invention.

M. Désormeaux, au contraire, a démontré que pour les rétrécissements inflammatoires au moins, la chirurgie pouvait avec un certain profit explorer le canal, et traiter directement et localement les points malades à l'aide de son *endoscope*. Il y a quelques années déjà que j'ai assisté moi-même à quelques études du canal de l'urèthre faites par M. Désormeaux dans mon service à la Pitié. Il était alors au début de ses expériences, et il a, je crois, modifié avec avantage le moyen de projeter la lumière dans la sonde exploratrice; mais déjà à cette époque

Digitized by Google

on voyait avec une netteté suffisante la muqueuse du canal, ses plis rayonnés, ou les lignes variées résultant de l'adossement de ses parois. Aujourd'hui les notions plus précises, acquises par M. Désormeaux, le traitement direct qu'il a institué et pratiqué plusieurs fois pour des rétrécissements inflammatoires, ne laissent pas de doute sur l'utilité que pourrait avoir son instrument pour la cure et le diagnostic de certains cas douteux (et le diagnostic dans ces maladies de l'urèthre devrait toujours être la base du traitement). On ne peut pas se dissimuler toutefois que les explorations prolongées, et quelquefois multipliées, qu'exige cette méthode, n'aient quelque chose de pénible pour le malade, surtout si le canal a conservé une vive sensibilité. C'est un souvenir qui m'était resté des essais que j'ai vus. Cependant il y a là un progrès, un nouveau degré de certitude pour le diagnostic et le traitement. La cautérisation ainsi faite a dispensé de la dilatation, et son utilité est venue de la connaissance *de visu* des granulations uréthrales; cette méthode s'éloigne d'ailleurs des méthodes connues par ses moyens d'investigation. Il y a là perfectionnement dans l'étude du rétrécissement, et pour celui qui est granuleux, perfectionnement dans l'application du traitement; d'autre part, pour ce qui a trait à l'urèthre, c'est l'objet même du prix d'Argenteuil que M. Désormeaux s'est proposé d'atteindre. Son idée et ses applications nous paraissent mériter une récompense à titre d'encouragement.

N° 11. — M. Decès, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Reims.

Procédés employés avec succès pour découvrir et traverser les rétrécissements infranchissables de l'urèthre, pour opérer la dilatation progressive et instantanée des rétrécissements extensibles, etc.

Ce supplément contient trois nouvelles observations de l'emploi de bougies métalliques olivaires.

M. Decès croit qu'avec ses instruments il y aura désormais peu de rétrécissements infranchissables. Pour lui, il n'en a pas rencontré depuis qu'il les emploie; la difficulté générale est de rencontrer l'orifice du rétrécissement, faute de quoi la bougie souple arc-boute et se replie.

Suivant M. Decès, ses bougies, au lieu des tâtonnements ordinaires, permettent de chercher et de découvrir avec certitude la lumière de

Digitized by Google

chaque rétrécissement. M. Decès a réussi douze fois sur 12 cas, où des mains habiles avaient échoué. Il ne se pose d'autre objection que celle-ci : Les rétrécissements qu'il a traités étaient-ils véritablement infranchissables? Ce qui le prouve, suivant lui, c'est l'insuccès des mains habiles qui avaient tenté de les traverser.

L'*avantage* qu'il attribue à sa bougie métallique, c'est d'être : 1° *inflexible;* elle ne peut se replier à son sommet, *ne peut s'arc-bouter* contre l'obstacle, car il peut en être promptement dégagé; 2° d'être terminée par une olive qui écarte toute chance de fausse route; elle peut être dirigée à volonté en haut, en bas, à droite, à gauche, et dans les points intermédiaires, jusqu'à ce qu'elle ait rencontré la lumière du rétrécissement; 3° son olive est assez fine pour s'y engager et la traverser; précédée par un collet, elle peut aussitôt s'y mouvoir et avancer, traverser ainsi plusieurs rétrécissements.

Après le collet existe un renflement conique qui avance à son tour, dilate la lumière traversée, et la rend *aussitôt* accessible à l'olive d'une bougie d'un numéro supérieur.

Voilà pour les rétrécissements dits infranchissables; quand ils sont extensibles, M. Decès procède immédiatement à leur dilatation à l'aide de bougies graduées et de plus en plus volumineuses, mais il insiste pour que l'on porte le canal un peu au delà de son calibre naturel, afin de prévenir toute récidive. Il a pu constater le succès après six, huit, dix, douze et même dix-huit mois.

Des observations sérieuses peuvent être, ce me semble, opposées aux bougies de M. Decès, soit contre leur nouveauté, soit contre leur innocuité.

L'inflexibilité suffisante, l'olive qui les termine, le collet qui suit ou précède l'olive, la variété de calibre, se trouvent dans les bougies de baleine de M. Guillon; la graduation existe dans tous les systèmes de bougies, de sondes et de dilatation.

L'innocuité, eu égard aux fausses routes, est loin d'être démontrée. Qu'avec de l'adresse on n'en produise pas ordinairement, cela se comprend, et c'est ce qui arrive à tout chirurgien prudent avec les autres moyens de cathétérisme des rétrécissements; mais que l'on ne puisse pas en produire quelquefois et même souvent avec des bougies métalliques, c'est ce que nous ne pouvons accorder : il suffit, en effet, d'exa-

Digitized by Google

miner le cathéter n° 1 de M. Decès, pour être convaincu de ce que j'avance. Or, c'est à ce cathéter que M. Decès attribue tout le succès. Comme il est conique, et qu'il sert à dilater immédiatement le rétrécissement dont il a trouvé l'orifice, les cathéters n°s 2 à 6 le suivent facilement dans la voie qu'il a rétablie, et achèvent la dilatation. Mais qu'arriverait-t-il s'il avait fait une fausse route? La pénétration successive de cette fausse route par la série des cathéters métalliques de M. Decès. Il est vrai que cet honorable confrère ne destine ces cathéters qu'aux rétrécissements dits infranchissables; mais encore ici ils ne paraissent pas supérieurs à ce qui existe déjà dans la pratique chirurgicale. Comme ce sont des instruments droits ou légèrement courbes, mais inflexibles, ils ne tiennent pas compte des rétrécissements en zigzag, et n'agissent certainement alors sur eux que comme le ferait la sonde conique de Boyer. On peut cependant regarder les bougies de M. Decès comme préférables à la sonde conique, qui, elle, a presque pour mission de produire une fausse route à travers les rétrécissements dans la direction du canal; mais elles valent moins que les bougies de baleine, qui ont tous leurs avantages, avec plus de souplesse, bien qu'elles aient une résistance suffisante à leur introduction. Je ne vois de différence que dans la matière, et cette différence n'est pas à l'avantage des bougies métalliques; elles ne sont donc pas un perfectionnement comme moyen de cathétérisme des rétrécissements. L'analogie du cathéter n° 1 de M. Decès avec la sonde conique à conducteur métallique d'un millimètre d'épaisseur, de M. Missoux, candidat du précédent concours, est d'ailleurs flagrante. Une fois la lumière de la stricture dilatée, en quoi les bougies métalliques valent-elles mieux comme corps dilatants gradués que les cathéters de Béniqué? Certes je ne nie pas les succès de M. Decès, dont la véracité est au-dessus du soupçon, mais dans le concours que vous êtes appelés à juger, il s'agit de perfectionnements aux méthodes connues, et la commission n'en a pas vu ici.

N° 10. — M. Petit (de Maurienne).

L'ouvrage de M. Petit (de Maurienne) est intitulé : *Des causes, des symptômes et du traitement de la suppression des urines et de leur rétention*. Suivant l'auteur, les perfectionnements qu'il croit avoir ap-

Digitized by Google

portés au traitement des rétrécissements du canal de l'urèthre pendant la période de 1850 à 1856 sont de deux sortes. L'un est relatif à la rétention complète, qui, dit-il, nécessite le cathétérisme de vive force. M. Petit conseille alors de se servir d'une sonde du n° 6 ou 7 à parois solides, légèrement conique et munie d'un mandrin de fer, et à presser doucement sur l'obstacle en exerçant de légers mouvements de demi ou de quart de rotation. La pression doit être continue et augmenter graduellement en étudiant les sensations du malade. Si l'opérateur est fatigué, il fait tenir la sonde par le malade dans la position obtenue (il paraît que le malade ne se fatigue pas, lui). Le chirurgien, après quelque repos, recommence à agir de la même manière, sans perdre patience, car l'opération peut durer plusieurs heures. Mais M. Petit met en fait, ajoute-t-il, qu'avec de la patience (il est toujours question de celle du chirurgien), on peut parvenir à vaincre tous les obstacles sans produire le moindre accident. Cette dernière assertion est nécessaire pour rassurer sur l'emploi de ce mode de cathétérisme, qui ne diffère que par sa durée du cathétérisme ordinaire fait avec une sonde métallique et d'autorité. Ici le mandrin de fer répond de la solidité de la sonde, qui cependant doit avoir des parois solides pour ne pas être traversée par le mandrin ; les mouvements de demi-rotation et de quart de rotation sont ce que l'on connaît sous le nom de *mouvements de vrille*. Nous ne nions pas qu'une pression plus modérée que celle de la sonde conique et prolongée ne puisse arriver à faire pénétrer la sonde dans la vessie ; mais dans les cas de rétrécissements très étroits et fibreux, ce ne sera jamais qu'en déchirant les parois fibreuses. En tout cas, il n'y a rien là de nouveau, et beaucoup d'opérateurs ont eu dans l'occasion la patience que recommande M. Petit en faisant usage du même instrument.

Le second perfectionnement signalé par M. Petit (de Maurienne) est la recommandation qu'il fait de ne jamais attaquer par le caustique les rétrécissements spasmodiques qui se trouvent dans la partie antérieure du canal, au-devant de sa courbure. Il faut leur appliquer la dilatation graduée, et quand ils sont dilatés, il attaque alors par le caustique (nitrate d'argent) les rétrécissements de la courbure même, et ceux-ci détruits, les rétrécissements spasmodiques ne se reproduisent plus, dit-il. Comme il n'est pas d'usage de traiter par le caustique les rétrécissements spasmodiques, nous ne voyons pas quel perfectionnement il peut y avoir à recom-

Digitized by Google

mander de ne pas les traiter ainsi, et nous ne croyons pas que M. Petit (de Maurienne) ait voulu dire que tous les rétrécissements qui affectent le méat urinaire et la partie antérieure du canal de l'urèthre soient tous spasmodiques et symptomatiques de rétrécissements situés au delà.

N° 21. — M. Arnolt.

Dilatation forcée par injection, application du froid extérieur et intérieur. — M. Arnolt a présenté au concours du prix d'Argenteuil un mémoire qui contient divers moyens de traitement des rétrécissements de l'urèthre, mais ceux auxquels il attache le plus d'importance sont : 1° un instrument de dilatation par injection d'un liquide ;

2° L'application de mélanges réfrigérants pour remplir différentes indications dans le traitement.

Le principe de la dilatation à l'aide d'un liquide est, dit lui-même M. Arnolt, d'une très ancienne origine : on se servait en Égypte, au moyen âge, d'un instrument construit d'après ce principe pour l'extraction de la pierre de la vessie, mais il est plus difficile d'en appliquer un à la dilatation des strictures de l'urèthre ; une invention pareille est moderne, et plusieurs se sont offertes à M. Arnolt à une date récente. Il croit pouvoir dire que l'instrument qu'il présente à l'Académie, fabriqué sur ce principe, ne laisse rien à désirer.

Nous convenons que cet instrument est fort ingénieux. Il se compose d'un corps de pompe de cuivre comme celui des ventouses à pompe, mais dont le piston, au lieu d'être tiré et poussé alternativement à l'aide de la main, comme cela est nécessaire pour retirer l'air de la ventouse, se meut sur un pas de vis, ce qui permet d'exercer une très grande pression, mais graduée, sur le liquide renfermé dans le corps de pompe et transmis aux tubes dilatables, dont les parties solides sont elles-mêmes vissées sur le corps de pompe. Mais nous devons faire remarquer que ces tubes et que le stylet qui leur sert de mandrin, et sur lequel est monté le sac dilatateur, sont d'un volume qui suppose une dilatation préalable du rétrécissement déjà portée bien loin. Si nous supposons ce stylet et son sac engagés dans le rétrécissement, nous voyons bien comment le liquide poussé graduellement par le piston à vis pénétrera dans l'intérieur du sac, mais nous croyons que la plus forte dilatation aura lieu en deçà et au delà du rétrécissement, et qu'au point rétréci

Digitized by Google

la force excentrique du liquide restera trop faible pour opérer une dilatation. Ainsi le sac dilatable et le stylet qui le porte sont trop gros pour entrer dans un rétrécissement notablement étroit, et dans ce cas leur introduction doit être préalablement précédée d'une dilatation obtenue par d'autres moyens; ce qui, du reste, est une objection à faire à la plupart des uréthrotomes, qui coupent d'arrière en avant. D'autre part une fois une dilatation de plusieurs millimètres obtenue, le moyen dilatant exerce une action beaucoup plus en avant et en arrière du rétrécissement que dans son trajet. Si c'est une dilatation douce et ménagée qu'il opère, il ne pourrait convenir qu'à des rétrécissements non organiques; pour ceux-ci, je doute fort qu'il ait la puissance de les faire pour ainsi dire éclater par sa force excentrique, et ce ne peut être que ce genre d'action qu'il possède, puisque par sa construction il ne permet pas l'évacuation de l'urine et ne peut être laissé à demeure aussi longtemps qu'une sonde, dont la pression excentrique me paraît au moins égale. Je ne voudrais pas toutefois juger dès à présent et en dernier ressort l'instrument de M. Arnolt.

Perfectionné, il est appelé peut-être à rendre des services préférables à ceux des autres dilatateurs mécaniques; mais dans son état actuel, je ne crois pas qu'on puisse lui adjuger une récompense dans ce concours, à moins que ce ne soit à titre d'encouragement.

Le second perfectionnement proposé et recommandé par M. Arnolt rentre dans votre juridiction. Il l'a mis en usage et fait connaître comme agent thérapeutique général depuis plus de dix ans, mais seulement depuis cinq ans dans les rétrécissements de l'urèthre. Il constitue, aux yeux de M. Arnolt, le moyen le plus puissant et le plus rapide de combattre l'inflammation située près de la surface du corps, et un grand moyen de soulagement dans les rétrécissements, dont l'inflammation est la plus dangereuse complication. Le froid éloigne l'irritabilité et le spasme, M. Arnolt s'en est servi avec grand avantage dans la rétention d'urine; et pour vaincre les difficultés au passage des instruments qui procèdent de ces causes, il applique sur le périnée une coupe de gutta-percha remplie d'un mélange réfrigérant demi-fluide, et il fait couler dans l'urèthre par l'extrémité d'une sonde un courant d'un liquide froid contenu dans un réservoir élevé, comme dans les procédés ordinaires d'irrigation. Il se sert aussi, dans le même but et avec succès,

Digitized by Google

d'une large sonde d'argent renfermant un tube plus petit, qui lui permet d'établir dans l'urèthre un courant d'un liquide très froid : c'est une méthode qu'il déclare excellente contre l'inflammation et les hémorrhagies causées par les opérations usitées contre les rétrécissements.

Nous trouvons qu'il y a là une heureuse application de la méthode réfrigérante, mais non une invention remarquable ; toutefois l'ensemble du travail de M. Arnolt a été jugé digne par la commission d'un encouragement, surtout en vue du perfectionnement de son instrument de dilatation.

N° 6. — M. Stilling (de Hesse-Cassel).

Uréthrotomie. — M. Stilling a présenté à l'Académie de médecine, le 8 mars 1853, un mémoire allemand sur l'incision interne des rétrécissements de l'urèthre ; il pratique cette incision avec des uréthrotomes droits et courbes de son invention, et qui ont, suivant lui, la possibilité :

1° D'agir sur toute l'étendue de l'obstacle sans aller au delà ;

2° D'agir par incisions longitudinales de la base du rétrécissement à son bord libre, ou plutôt du centre à la base ;

3° De rétablir en une seule opération le diamètre vertical de la partie rétrécie.

Que l'uréthrotome soit droit ou courbe, il se compose de trois parties principales :

1° Un stylet d'acier, dont l'extrémité intra-uréthrale est doublement cannelée dans une étendue de 6 à 8 centimètres ;

2° D'une canule, dont l'extrémité intra-uréthrale porte deux petites lames tranchantes à peu près triangulaires que M. Stilling appelle canule armée ;

3° D'une canule un peu plus large, qui renferme la canule armée et le stylet d'acier, et qu'il nomme canule externe.

Le stylet et la canule armée ont des mouvements indépendants de la canule externe. On peut rendre immobile le stylet à l'aide des deux vis qui se trouvent entre les anneaux de la canule externe, et en les dévissant on peut avancer le stylet ou le retirer.

On démasque les lames tranchantes par un mouvement d'avant en arrière, quand on a fait reculer un disque mobile sur un pas de vis qui est placé à la partie extra-uréthrale de la canule armée.

Digitized by Google

L'instrument fermé ressemble à un cathéter droit ou courbe ouvert à son extrémité vésicale. Cette ouverture n'est pas garnie d'un embout, est circulaire, et présente deux cannelures qui recouvrent les lames de la canule armée. On introduit le cathéter jusqu'au rétrécissement.

Alors on pousse le stylet d'acier à travers le rétrécissement, et on le pousse jusque dans la vessie.

Ce stylet sert alors de guide, à travers le rétrécissement et dans toute son étendue, aux lames de la canule armée qui glissent dans les cannelures qu'il présente, et l'on incise tout l'obstacle d'avant en arrière.

Quand on ne sent plus de résistance, on a tout incisé. On retire la canule armée dans la canule externe. On avance celle-ci jusque dans la vessie, et l'on retire le stylet pour vider cet organe; puis on retire les canules, c'est-à-dire tout l'instrument, et l'on introduit une sonde de gomme élastique d'un gros calibre dans la vessie. On la laisse de huit à quatorze jours.

M. Stilling a trois stylets de diverses grosseurs, et croit qu'on peut franchir avec ces stylets les rétrécissements les plus rebelles. Ces stylets ne sont pas boutonnés, ce qui leur permet un moindre volume, mais il se borne à dire qu'il est impossible de faire une fausse route dans l'opération. Sans doute il se peut que le stylet enfile un rétrécissement central sans se dévier; mais, dans un rétrécissement latéral et sinueux, il me paraît au contraire impossible d'éviter la fausse route : car le stylet, très ferme, ce qui lui donne l'avantage d'être un très bon conducteur des lames de la canule armée, ne peut s'infléchir, changer de direction, pour se présenter à l'orifice; sa direction droite ou courbe est celle des canules auxquelles il appartient ; il pénétrera comme la sonde conique de Boyer. C'est là un grave reproche à faire à un uréthrotome, car l'incision dans une fausse route aurait de graves inconvénients. Bien que l'idée de M. Stilling ait pu servir de point de départ pour d'autres uréthrotomes à conducteur indépendant ou métallique, et qu'il n'y ait que des éloges à donner à la sûreté avec laquelle la canule armée glisse le long du stylet cannelé, nous ne croyons pas devoir proposer une récompense pour ce candidat.

Digitized by Google

N° 17. — M. Boinet.

Uréthrotomie.—M. Boinet propose un nouvel uréthrotome qui incise d'avant en arrière. L'avantage de cet instrument, suivant l'auteur, est de pouvoir inciser avec *promptitude, facilité* et *sûreté*, d'avant en arrière, et *sans dilatation préalable*, tous les rétrécissements organiques de l'urèthre.

On ne peut, dit-il, en raison de sa construction, couper autre chose que le rétrécissement, et l'on n'est exposé ni à des fausses routes, ni à des hémorrhagies graves.

Ses perfectionnements sont d'avoir :

1° La forme d'un cathéter ordinaire, le même volume;

2° De pouvoir être introduit jusque sur le rétrécissement, sans jamais blesser le canal de l'urèthre;

3° De renfermer une tige métallique, fine, terminée en boule et mobile à volonté; elle sert à diriger la lame tranchante du cathéter, et à pénétrer dans l'orifice du rétrécissement.

Les avantages de cet instrument, toujours suivant M. Boinet, sont de pouvoir inciser instantanément, sûrement et régulièrement, le rétrécissement d'avant en arrière, et de ne jamais inciser que le rétrécissement, de ne pas exposer aux fausses routes ni aux hémorrhagies. Précieux pour les rétrécissements infranchissables, il est un auxiliaire puissant dans le traitement par la dilatation en abrégeant le traitement, puisque aussitôt après, on peut introduire jusque dans la vessie une bougie de 7 à 8 millimètres.

D'après plusieurs expériences qu'il a faites sur des rétrécissements durs, fibreux, opinion conforme à celle de M. Decès (de Reims) et établie dès longtemps par l'usage des bougies de baleine, il croit qu'il est plus facile de les pénétrer avec une tige métallique fixe, terminée en boule à sa pointe, offrant une certaine résistance, qu'avec des bougies très fines, tortillées ou en crochet, de gomme élastique, qui se replient devant le rétrécissement. Il appelle son uréthrotome *uréthrotome sur conducteur*.

L'uréthrotome de M. Boinet est en effet un des plus simples qui aient été inventés; toutes les fois que sa tige métallique à boule aura pu ren-

Digitized by Google

contrer l'orifice du rétrécissement, elle servira en effet à diriger la lame du scarificateur sur cet orifice; mais comme presque tous les uréthrotomes qui agissent d'avant en arrière, il est exposé à refouler le rétrécissement, qu'aucun point d'appui ne soutient en ce sens. La lame tranchante peut alors pénétrer dans le rétrécissement sans parcourir toute sa longueur. On conçoit mieux son action sur un rétrécissement court et valvulaire; mais qui garantit alors les parties saines au delà du rétrécissement incisé?

M. Boinet fournit à l'appui du bon emploi de son uréthrotome quelques observations; nous ne nions pas qu'il lui ait été utile en diverses circonstances, mais plusieurs uréthrotomes connus sont d'une application aussi utile. Comme invention, ajouterai-je que l'uréthrotome de M. Boinet a de grandes analogies avec l'uréthrotome de M. Reybard, et qu'il a donné lieu très justement, à mon avis, aux plus vives réclamations de M. Stilling, de Hesse-Cassel?

Il est d'ailleurs dépassé aujourd'hui par l'uréthrotome de M. Charrière, qui incise d'avant en arrière et d'arrière en avant. Nous ne voyons donc pas l'occasion d'accorder à son auteur une récompense.

N° 22. — M. Marquez (de Colmar).

Uréthrotome sur conducteur.—Dans les conditions du concours pour la date de l'invention, M. Marquez a présenté un coarctotome sur conducteur applicable aux rétrécissements organiques de l'urèthre fibreux et fibro-cartilagineux; il reconnaît que deux instruments contemporains du sien poursuivent le même but : 1° l'uréthrotome de M. Maisonneuve, qui, dit-il, modifié par M. Sédillot, rappelle les scarificateurs avec ou sans gaîne de MM. Ricord, Bégin et Robert; 2° celui de M. Boinet, avec gaîne enveloppante, lame cachée et mandrin central, qui, dit-il, remplit mieux l'indication d'opérer sur conducteur non dilatant.

La pièce importante de son coarctotome lui paraît le conducteur, dont les qualités indispensables lui semblent beaucoup de finesse, de flexibilité, et cependant un certain degré de résistance, ainsi qu'une notable longueur. Il croit les avoir réunies en faisant choix d'une longue bougie de baleine, qu'il a rendue à volonté indépendante des deux autres

Digitized by Google

parties de l'instrument, afin de pouvoir se livrer librement à la recherche du passage rétréci. Cette bougie-baleine, imitée de celles de M. Guillon, lui paraît assez souple et assez fine pour pénétrer, traverser d'étroites strictures et gagner la vessie (cela semble en effet, pourvu qu'elle en rencontre l'orifice); puis le corps de la baleine, à diamètre uniforme de près de 2 millimètres et à longueur de 63 centimètres, établit comme un va-et-vient du col vésical à la main de l'opérateur, en passant par l'hiatus du rétrécissement.

Il a assez de résistance, sans rigidité, pour devenir et demeurer un conducteur utile, capable d'assurer aux mouvements du chirurgien autant de *régularité* et de *rectilignité* que possible. Sur cette baleine est amenée jusqu'à la coarctation la tige armée avec sa canule d'argent. Sur cette baleine *glisse* la lame tranchante prudemment poussée à travers les tissus coarctés, et elle lui conserve la liberté des mouvements rétrogrades en évitant toute déviation nuisible.

Laissée en place, elle sert à conduire une sonde dans la vessie ouverte par le bout, avec plus de sûreté, à travers le rétrécissement qui vient d'être opéré.

M. Marquez croit son coarctotome utile pour des cas difficiles, en divisant par *incision d'avant en arrière, sur conducteur, et sans dilatation préalable du rétrécissement attaqué.*

Les incisions qu'il pratique sont bien inférieures en largeur à la section de M. Reybard. Il croit les incisions larges beaucoup plus dangereuses que les petites. Il n'a donné à son coarctotome qu'un diamètre équivalent à la moyenne du diamètre de l'urèthre, faisant réserve, au cas d'insuffisance de la voie ouverte, de l'agrandir au moyen de l'uréthrotome à crémaillère de M. Civiale ou tout autre! Ce n'est donc qu'un scarificateur.

A l'appui de son uréthrotome, M. Marquez ne cite que deux observations de succès; mais dans l'une il y avait complication de corps étranger, une sonde brisée derrière le rétrécissement.

M. Marquez (de Colmar) n'a point exagéré les avantages de l'instrument uréthrotome qu'il présente. Nous pensons comme lui, que le conducteur de baleine indépendant, à la fois fin et flexible par son extrémité vésicale, dont la tige est d'une résistance suffisante pour servir à conduire avec sûreté d'abord l'uréthrotome, et, quand celui-ci est

Digitized by Google

retiré et le rétrécissement divisé, une sonde de gomme élastique ouverte par ses deux bouts, peut être considéré comme un perfectionnement utile. Nous reprocherons cependant à la lame du scarificateur d'être trop large par son extrémité antérieure, ce qui peut gêner son introduction à travers la paroi du rétrécissement; mais il est si facile de donner à cette lame et à la gaîne une forme un peu plus allongée vers sa pointe, que cette légère imperfection ne diminue pas à nos yeux la valeur pratique de cet instrument pour la partie antérieure du canal, car plus loin il lui faudrait une légère courbure. Nous pensons que l'Académie pourrait avec justice accorder à M. Marquez un encouragement.

N° 7. — M. Maisonneuve.

M. Maisonneuve a présenté à l'Académie de médecine un mémoire le 14 février 1854. Il est intitulé : *Mémoire sur une nouvelle méthode d'uréthrotomie pour la cure radicale des rétrécissements de l'urèthre.*

M. Maisonneuve a fait suivre ce mémoire d'un autre mémoire, lu à l'Académie des sciences le 14 mai 1855, et intitulé : *Mémoire sur une nouvelle méthode de cathétérisme et sur son application à la cure radicale et permanente du rétrécissement de l'urèthre.*

Méthode de cathétérisme.—Le procédé de cathétérisme de M. Maisonneuve a été présenté à l'Académie des sciences en 1845, et partant, considéré seul, il est hors de ce concours. Il consiste à introduire dans l'urèthre une bougie fine, flexible et longue, puis à se servir de cette bougie comme d'un conducteur sur lequel on fait glisser une sonde élastique percée à ses deux bouts. M. Maisonneuve prétend que ce procédé est actuellement employé par tous les praticiens, et que depuis lors il n'est plus de prostate infranchissable, et surtout plus de fausses routes ni d'accidents inflammatoires redoutables.

Mais l'application de ce cathétérisme aux rétrécissements était impossible. Comment, en effet, après l'introduction déjà difficile dans certains cas de la bougie filiforme à travers le rétrécissement, faire passer pardessus cette bougie une sonde ou un instrument de quelque volume?

L'idée vint à M. Maisonneuve de visser sur l'extrémité libre de la

Digitized by Google

bougie le bec de l'instrument, qui ferait alors corps avec elle, et pénétrerait à sa suite dans les rétrécissements, pendant qu'elle s'enfoncerait dans l'intérieur de la vessie, où elle se replierait.

De là : 1° un nouveau moyen de cathétérisme; 2° la possibilité de détruire les rétrécissements difficiles à pénétrer, et d'adapter à la bougie les dilatateurs de Perrève, Rigault, le porte-caustique de Ducamp, Lallemand, le cathéter de Syme, les coarctotomes, etc.

Le titre que M. Maisonneuve présente avant tout à la commission du prix d'Argenteuil est sa cure radicale et instantanée des rétrécissements de l'urèthre, sans dilatation préalable ni consécutive. Il a deux instruments pour la pratiquer.

Premier instrument. — Un tube cannelé et une lame tranchante composent l'instrument. Le tube a 30 centimètres de long, 1 à 3 millimètres de diamètre. A son extrémité extérieure un petit anneau lui sert de manche, à l'autre extrémité un pas de vis s'adapte à l'ajutage de la bougie conductrice. La lame tranchante a la forme d'une demi-olive; elle est tranchante sur sa convexité, son dos est muni d'une crête qui la retient dans la cannelure du tube; une de ses pointes se continue avec une tige mince, qui glisse dans le tube cannelé et se termine à son extrémité externe par un petit manche destiné à la manœuvrer.

L'instrument peut être droit ou légèrement courbé à son extrémité vésicale.

Second instrument.— Un uréthrotome caché, semblable au lithotome de frère Côme.

Opération. — 1er Temps. — Introduction de la bougie conductrice.

2e Temps. — Uréthrotome cannelé, vissé et poussé jusqu'au delà des rétrécissements.

3e Temps. — Introduction de la lame tranchante de l'uréthrotome; elle incise d'un seul trait et d'avant en arrière tous les rétrécissements.

4e Temps. — L'uréthrotome cannelé est retiré, dévissé, et remplacé par l'uréthrotome caché.

5e Temps. — Une fois conduit au delà des rétrécissements, il est ouvert, et incise d'un seul trait et profondément tous les rétrécissements.

Digitized by Google

6e Temps. — Introduction d'une bougie métallique n° 48, pour s'assurer que le canal est perméable et large.

L'action successive de ces deux instruments constitue ce que M. Maisonneuve a appelé, dans les mémoires adressés à l'Académie pour le prix d'Argenteuil, la *méthode de cure radicale et instantanée des rétrécissements de l'urèthre*.

L'annonce d'une pareille méthode était de nature à exciter l'étonnement des chirurgiens. Aussi a-t-elle produit dans une autre enceinte des marques d'incrédulité et soulevé une discussion, qui a donné à M. Maisonneuve l'occasion d'expliquer sa pensée, et de restreindre ce qu'on pourrait appeler les prétentions de sa méthode. On lui a fait sentir qu'un rétrécissement coupé n'était pas un rétrécissement guéri; que l'introduction successive de la bougie conductrice et de deux uréthrotomes ne constituait pas une cure instantanée. Il est certain qu'il est le seul opérateur qui ait prétendu guérir un rétrécissement instantanément, ce qui supposerait qu'aucun accident n'est jamais à craindre, et surtout qu'il n'y a point de récidive possible. Le mot *radicale* appliqué aussi par M. Maisonneuve à sa méthode implique la permanence du résultat; mais il a cru devoir l'employer, dit-il, par cela seul qu'il fait après la scarification une incision profonde avec l'uréthrotome caché de frère Côme, et que l'Académie de médecine, en couronnant M. Reybard, a déclaré que l'incision profonde amène la cure radicale. Nous pourrions lui répondre que M. Reybard ne se borne pas à inciser, et qu'il cherche à maintenir béante l'incision qu'il a pratiquée par des manœuvres particulières et répétées, ce que M. Maisonneuve ne fait pas, car ce serait détruire l'instantanéité de sa méthode. Nous avons été surpris de la réponse faite par M. Maisonneuve à la Société de chirurgie, qu'il n'incise que les rétrécissements qui doivent être incisés, et qu'il traite les autres comme il convient (*Gazette des hôpitaux*, 1855, p. 296); mais le propre de sa méthode n'est-il pas d'inciser d'un seul coup, telle est son expression, tous les rétrécissements, sans distinction de rétrécissements dilatables et non dilatables par d'autres méthodes?

Dans une des lettres adressées à la commission d'Argenteuil par M. Maisonneuve, et dans son mémoire imprimé, il assigne un autre caractère distinctif à sa méthode d'uréthrotomie, qui nous paraît une erreur, déjà relevée du reste par la critique. Cette nouvelle méthode,

Digitized by Google

dit-il, tout à fait distincte des méthodes ordinaires, attaque le rétrécissement de *dedans en dehors*, tandis que les méthodes connues incisent le rétrécissement *d'avant en arrière*, ou *d'arrière en avant*.

Il est évident que ce n'est qu'à l'action de l'uréthrotome de frère Côme que M. Maisonneuve croit pouvoir attribuer l'incision de dedans en dehors, puisque son scarificateur, dans le premier temps de l'opération, entame les rétrécissements d'avant en arrière. Or, d'après la description de l'opération, qu'il donne lui-même dans le mémoire manuscrit envoyé à l'Académie, il est clair qu'il ne se rend pas un compte exact de la manière d'agir de son uréthrotome caché. Voici sa description : « L'uréthrotome, dont le degré d'ouverture est fixé à 15 millimètres environ, est introduit comme un cathéter ordinaire *jusqu'à 3 centimètres au delà* du dernier rétrécissement; il est disposé de manière que sa concavité regarde en haut : alors, tenant la verge tendue sur l'instrument, le chirurgien ouvre celui-ci en pressant sur la bascule, et par un mouvement de traction lui fait parcourir un trajet de 2 centimètres d'étendue.

« Ce mouvement, ajoute-t-il, suffit pour que la lame tranchante incise tous les obstacles qui s'opposaient à son développement, sans néanmoins intéresser les parties saines intermédiaires; alors, l'opérateur cessant aussitôt de presser sur la bascule, la lame rentre dans sa gaîne, et l'uréthrotome est retiré doucement. »

Il est à peine besoin de faire remarquer que c'est le propre de l'uréthrotome caché de couper d'arrière en avant, puisque c'est en le tirant à soi qu'on fait l'incision. L'écartement de la lame ne coupe pas, mais tend seulement les tissus à couper. Dans ce mouvement de la bascule l'uréthrotome est un dilatateur; il pourrait déchirer, mais il n'incise pas. L'incision commence quand on retire l'instrument ouvert. Or, comme celui-ci est introduit 3 centimètres au delà du dernier rétrécissement, c'est-à-dire au niveau des parties saines, dans une étendue à peu près égale, c'est au bout de la lame que commence l'incision, sur les parties saines du canal; elle se fait aussi sur le rétrécissement par la portion de la lame qui avoisine l'extrémité supérieure de la stricture, mais c'est toujours d'arrière en avant; et si l'on suppose que le rétrécissement a 1 centimètre de longueur, pour un trajet de 2 centimètres de l'instrument, l'incision aura environ 5 centimètres de long, dont 4 centimètres sur les parties saines. Il est vrai qu'à leur niveau il ne faut

Digitized by Google

pas mesurer sur l'écartement de la lame la profondeur de l'incision, on doit défalquer la hauteur de l'éloignement possible des parois uréthrales avant que l'incision commence ; de sorte qu'on aura une incision profonde au niveau du rétrécissement, et au delà et en deçà une scarification à profondeur variable.

D'autre part, si l'instrument est fermé après un trajet rétrograde de 2 centimètres, on ne comprend pas que tous les rétrécissements puissent être incisés d'un même coup, pour peu qu'il y ait de distance entre le dernier et celui ou ceux qui sont plus rapprochés du méat; tout au plus le plus voisin du dernier rétrécissement sera-t-il scarifié. Or, tel n'est pas le but de M. Maisonneuve, qui ne compte pas pour la cure radicale sur la scarification, mais bien sur l'incision profonde qu'il veut et croit produire.

M. Maisonneuve a joint à son mémoire manuscrit cinq observations de rétrécissements traités à l'hôpital Cochin par sa méthode d'uréthrotomie. Sur ces cinq malades il aurait quatre guérisons et un mort. Les quatre premiers malades ont été, dit-il, guéris promptement sans dilatation consécutive ; la mort arriva chez le cinquième par suite d'une pneumonie, que M. Maisonneuve assure n'avoir eu aucun rapport avec l'opération pratiquée.

Cinq autres observations sont consignées dans ce mémoire imprimé en 1855, et lu à l'Académie des sciences le 14 mai de la même année. Plusieurs de ces malades avaient des strictures multiples, et cependant la guérison a été rapide et sans accidents immédiats notables : chez deux ou trois, de légers frissons, un petit accès de fièvre le jour de l'opération, sans autre suite, en sont les seules conséquences.

On conçoit qu'après ces tentatives heureuses, M. Maisonneuve se soit cru autorisé à déclarer sa méthode innocente et vraiment curative. Ce sont cependant les seules observations qu'il ait cru devoir communiquer à l'Académie : elles nous donneraient un mort sur dix opérés, pas d'accidents dépendants de l'opération ; en un mot, un succès constant. Mais comme, après d'aussi grands succès, M. Maisonneuve n'avait pas dû s'arrêter en si beau chemin, il y a peut-être lieu de s'étonner qu'il n'ait pas jugé à propos d'adresser à l'Académie, dont le rapport a été fort retardé, un plus ou moins grand nombre de nouvelles observations : les cinq qui accompagnent le mémoire manuscrit sont de 1853 et 1854, toutes

Digitized by Google

recueillies à l'hôpital Cochin, les autres sont de 1855 à la Pitié, à la Charité chez M. Velpeau, une dernière en ville. De 1853 à 1855, M. Maisonneuve n'a-t-il pas eu d'insuccès? nous devons le croire puisqu'il ne nous en a pas fait part et que nous avons sous les yeux de ses faits recueillis en 1855. Cependant, dans la discussion de la Société de chirurgie, notre collègue M. Robert lui ayant demandé s'il était vrai qu'à l'hôpital Cochin deux de ses opérés fussent morts d'infection purulente, il en est convenu, ajoutant que sa méthode n'en était pas responsable parce qu'à cette époque il n'opérait pas comme *maintenant*, c'est-à-dire comme en 1855.

Il avait donc une autre méthode en 1853, moins sûre que celle de 1855; nous n'avons, nous, à juger que la dernière; mais sur les dix observations qu'il nous a fournies, il y a au moins quatre opérés en 1853, c'est-à-dire avec la méthode vicieuse. Pourquoi donc nous donner ces quatre faits au profit de sa méthode actuelle, et ne pas nous avoir fait connaître ses insuccès? si ces deux derniers ne peuvent être imputés à la dernière méthode de M. Maisonneuve, est-il juste qu'elle ait le bénéfice des quatre succès obtenus par sa première méthode?

Le concours qui devait être fermé à la fin de 1856 permettait à M. Maisonneuve d'adresser à la commission, jusqu'au mois de mars 1857, tous ses succès de 1855 et de 1856. Fallait-il conclure de son silence qu'il était moins satisfait de ses opérations plus récentes? Messieurs, votre rapporteur a cru devoir dans l'intérêt de la vérité, dans celui de M. Maisonneuve lui-même, s'en assurer, et il a compulsé les registres fort bien tenus de l'hôpital de la Pitié auquel ce chirurgien est attaché depuis la fin de l'année 1854.

En agissant ainsi, il a pensé que M. Maisonneuve ne pourrait que remercier la commission, à laquelle il avait spontanément offert toutes les démonstrations qu'elle croirait utiles à son entière édification. Comment aurait-il d'ailleurs à redouter les relevés d'un registre qui ne contient sur ses opérations que ce qu'il a cru devoir y mettre?

Du 12 avril 1855 au 2 juin 1858, 55 malades ont été opérés à la Pitié par l'uréthrotomie.

Le 1^er^ sur la liste est le nommé Bardel, dont M. Maisonneuve nous a envoyé l'observation. Restent 54, sur lesquels 2 malades ont été opérés deux fois, l'un et l'autre après récidive.

Digitized by Google

9 malades sont morts, restent 43 sortis de l'hôpital et considérés dès lors comme guéris. 25 n'ont séjourné que peu de jours à l'hôpital; de deux à seize jours, temps bien court pour juger le résultat définitif d'une opération d'uréthrotomie. 18 ont prolongé leur séjour de trente-trois à quatre-vingt-cinq jours, et l'on se demande pour quels motifs ils sont restés aussi longtemps à l'hôpital, après une opération qui promet une cure instantanée, à la suite de laquelle la dilatation par une sonde n'est opérée qu'une fois pour constater immédiatement l'effet de l'uréthrotomie. N'ont-ils pas éprouvé des accidents plus ou moins graves? Comment retenir à l'hôpital, s'ils ne sont forcés d'y rester par quelque accident, des malades qui ont recouvré en une séance la faculté d'uriner, et qui presque tous ont une famille à nourrir, et, comme ouvrier, une position à conserver.

La mortalité a été très grande, 9 morts sur 52 malades, et, en réunissant toutes les observations de M. Maisonneuve et les décès avoués ou constatés, 12 morts sur 62 opérés, c'est-à-dire environ 1 sur 5, proportion considérable, et qui dispose peu à regarder cette méthode d'uréthrotomie comme innocente. M. Maisonneuve lui-même semble finir par hésiter à la pratiquer. En 1855 et 1856 il fait chaque année à la Pitié dix-neuf opérations; en 1857 il opère 15 malades; enfin, en 1858, il ne pratique jusqu'à ce jour que deux opérations à six mois de distance, l'une en janvier, l'autre le 2 juin, et depuis le 2 juin aucune. Réserve-t-il aujourd'hui pour certains cas une méthode qu'il avait généralisée dans les premières années? Mais il l'a offerte à l'Académie comme une méthode générale, nous sommes donc appelés à la juger comme telle. D'autre part, à quel point de vue serait-elle un perfectionnement? Ce n'est pas comme agent d'incisions profondes. Les uréthrotomes connus, particulièrement ceux de M. Reybard, ne laissent rien à désirer sous ce rapport. Ce n'est point non plus par le degré de précision de l'instrument. Nous avons vu que le siége de l'incision est mal limité; qu'elle peut porter autant et plus sur les parties saines du canal que sur les rétrécissements; qu'elle expose à inciser des stricturés qui, de l'aveu même fait par M. Maisonneuve à la Société de chirurgie, pourraient être traitées par la dilatation. L'instantanéité de la méthode n'appartient pas non plus en propre à cette opération, M. Maisonneuve en est aussi convenu. Sera-ce la rapidité de la guéri-

Digitized by Google

son? Mais à côté de malades qui n'ont séjourné que six, dix, douze jours dans les salles de la Pitié, on en trouve 18 qui, sans complications indiquées sur le registre, y sont restés trente-trois, quarante-quatre, cinquante-deux, cinquante-neuf, soixante et douze, soixante et dix-sept, quatre-vingt-cinq jours.

Enfin, se recommande-t-elle par une plus grande innocuité? Aucune méthode d'uréthrotomie n'a donné plus d'un mort sur cinq opérés, aucune n'en a perdu autant. En conséquence, la Commission ne vous propose aucune récompense pour la méthode d'uréthrotomie présentée à son examen par M. le docteur Maisonneuve.

N° 9. — M. Reybard (de Lyon).

Cathétérisme. — Uréthrotomie. — Uréthrotome dilatateur. — M. Reybard, déjà couronné au précédent concours, rentre dans la lice et nous adresse des remarques sur les difficultés du cathétérisme à l'état normal.

1° Nouveau moyen pour faciliter cette opération; ce sont des injections avec de l'huile ou un liquide mucilagineux.

2° Une note sur les contusions de l'urèthre; c'est une étude sur la pathologie traumatique de l'urèthre. Rien de nouveau, même sur la production des rétrécissements qui suivent ces contusions.

3° Dilatation mécanique à l'aide d'instruments à deux branches, dont on mesure l'écartement.

4° Dilatation forcée pour faciliter l'introduction des bougies. Dilatation avec le mercure injecté dans un tube métallique; dans un cas il en fallut dix-neuf pour faire passer la bougie; la guérison fut obtenue par la dilatation seule, et cependant le rétrécissement était sinueux.

5° Études sur les fausses routes; rien de nouveau qui ait rapport au concours actuel.

6° Un uréthrotome dilatateur.

7° Un mémoire sur l'uréthrotomie extra-uréthrale.

M. Reybard n'a, dit-il, apporté aucune modification à la méthode d'uréthrotomie que l'Académie a récompensée comme perfectionnement aux méthodes connues jusque-là. Mais il a modifié son instrument; convaincu plus que jamais que pour guérir les rétrécissements organiques de l'urèthre, il faut diviser avec le rétrécissement toute l'épais-

Digitized by Google

seur de la paroi uréthrale, et reconnaissant que la principale difficulté de l'opération qu'il a instituée avec l'uréthrotome, dont il se servait à l'époque du dernier concours, n'est pas de couper trop profondément, mais au contraire de couper assez, d'une manière régulière et autant qu'on s'est proposé de le faire, il a cru devoir modifier l'appareil instrumental.

La source des difficultés est dans le déplacement du rétrécissement, dans la mobilité de l'urèthre et surtout dans l'extrême extensibilité de ses parois et dans le glissement les unes sur les autres des couches qui les constituent; même avec une armure très saillante et plusieurs fois supérieure à l'épaisseur des parois de l'urèthre, on n'est pas sûr de donner à l'incision la profondeur et la longueur projetées.

Pour obvier à cet inconvénient capital, M. Reybard avait déjà imaginé, en 1847, un uréthrotome à gaîne dont nous ne nous occuperons pas. Aujourd'hui il présente un uréthrotome dilatateur dont le but est de n'inciser la paroi uréthrale que lorsqu'elle est tendue en arrière et en avant du rétrécissement. Nous avons été frappé de la conviction avec laquelle M. Reybard affirme que, même avec cet instrument nouveau, la première incision faite avec l'uréthrotome ne parvient *jamais* à diviser la paroi uréthrale dans toute son épaisseur. Il faut, suivant lui, de toute nécessité en faire une seconde en tendant de nouveau les parois du canal. La manœuvre de l'uréthrotomie intra-uréthrale est donc, suivant lui, très incertaine, si on ne prend pas les plus minutieuses précautions.

Il ne faut pas perdre de vue, dit-il, que pendant toutes les manœuvres du temps de l'opération, c'est-à-dire pendant l'incision des parties, on ne cesse pas de comprimer la verge sur la canule et de tenir celle-ci dans la plus parfaite immobilité. Ce n'est qu'à cette condition qu'on fera une plaie unique à l'urèthre, et qu'on lui donnera la régularité, la longueur et la profondeur qui assurent le succès de l'uréthrotomie.

Nous savons, il est vrai, de quelle profondeur M. Reybard veut parler. Toutefois il est curieux d'opposer ce langage d'un chirurgien qui a pratiqué si souvent l'uréthrotomie à l'assurance avec laquelle tant d'autres croient avec de simples scarificateurs obtenir sans la moindre difficulté des incisions d'une profondeur et d'une étendue déterminées. Ce principe de la tension nécessaire des parois est cependant aujourd'hui reconnu par plusieurs chirurgiens, et nous avons vu dans les mains

Digitized by Google

d'un compétiteur de M. Reybard un uréthrotome dilatateur et à deux lames, dont le but est le même, c'est-à-dire d'obtenir une scarification double, plus profonde et plus sûre. M. Reybard nous a encore adressé un savant mémoire sur l'uréthrotomie extra-uréthrale où il démontre, si cela avait besoin d'être démontré, que l'incision périnéale des rétrécissements est loin d'être une opération nouvelle. Il en a lui aussi imaginé un procédé qu'il ne propose que dans les cas de rétrécissements infranchissables. Il faudrait attendre l'expérience pour y voir un progrès. En somme M. Reybard nous a donné une nouvelle preuve de sa passion pour l'art, et de l'activité de son imagination : nous admettons volontiers qu'il a perfectionné la méthode que l'Académie a déjà couronnée, mais nous avons pensé que cette première récompense devait suffire à son ambition et qu'il lui serait même très difficile de se surpasser lui-même. Voudrait-il d'ailleurs un simple encouragement après avoir obtenu la palme du dernier concours ?

N° 20. — M. Mercier.

Incision des valvules prostatiques par écrasement.—Excision des mêmes valvules par un instrument exciseur perfectionné. — Ce candidat, recommandable par des connaissances plus générales que la plupart de ses compétiteurs, signalé par la dernière Commission du prix d'Argenteuil pour ses travaux sur les valvules musculaires et prostatiques du col de la vessie, et leur traitement par l'incision et l'excision, se présente aujourd'hui dans l'arène avec ces mêmes travaux, mais après avoir perfectionné ses instruments, et notamment celui qui lui sert à faire l'excision des valvules prostatiques. Éloigné du prix non pas par l'infériorité, mais plutôt par la direction de ses découvertes, qui n'ont pas à proprement parler pour objet les rétrécissements de l'urèthre, il aurait plus de chances de succès, d'après la lettre même du testament, si l'Académie ne jugeait pas devoir donner le prix à un perfectionnement apporté dans le traitement des rétrécissements proprement dits.

Voici, dans l'ordre où il les indique lui-même, les faits nouveaux que renferme son ouvrage publié en 1856 :

1° En faisant l'incision avec l'un de ses inciseurs on est exposé à blesser le vérumontanum ; il croit que cet accident lui est arrivé dans

Digitized by Google

deux ou trois cas où l'éjaculation cessa de se faire après l'opération. Il voudrait donner à sa lame une gaîne protectrice qui mettrait à l'abri le vérumontanum ; mais comme il se propose de soumettre cette idée à l'expérience, il n'y a pas à s'en occuper ici.

2° Après diverses considérations sur des valvules prostatiques, tellement saillantes et abruptes qu'elles exigent un instrument particulier, ou sur d'autres qui s'accompagnent plutôt de douleurs névralgiques que de rétention d'urine, ce qui n'empêche pas, dit-il, l'opération d'être extrêmement utile, ou enfin sur les causes des insuccès de l'opération, et les hémorrhagies qui peuvent la suivre, M. Mercier appelle votre attention sur un instrument à l'aide duquel il fait aujourd'hui l'incision par une sorte d'écrasement. Il se fonde sur ce principe bien connu, que les plaies mâchées s'accompagnent d'un faible écoulement de sang, principe dont il trouvait la vérification dans les effets de l'excision, qui est moins suivie d'hémorrhagies que l'incision.

3° Ce n'est, dit-il, qu'en 1854 qu'il a développé ses idées sur l'inertie de la vessie, qu'il croit plutôt symptomatique d'un obstacle au col de la vessie produit par l'hypertrophie de la prostate. Mais cette idée a cours dans la science depuis trop longtemps pour constituer un mérite personnel au chirurgien qui de nos jours l'adopterait.

4° Il est plus heureux en parlant d'un procédé de cathétérisme dans le cas de fausse route près du col vésical, qu'il désigne sous le nom de sondes invaginées. Il consiste à se servir d'une sonde d'étain de Mayor, dont l'œil est, comme on sait, sur sa face concave à 12 ou 15 millimètres de son extrémité, qui est pleine et sans cul-de-sac. Avec un canif il façonne le bord terminal de l'œil de la sonde de manière que la canule de cette sonde vienne aboutir au bec par un plan incliné aussi doux que possible. La sonde d'étain d'abord engagée dans la fausse route en est retirée de quelques millimètres, et une petite sonde de gomme élastique très flexible introduite dans sa cavité, glisse sur le plan incliné préparé jusque dans la vessie sans rencontrer la fausse route que peut couvrir la convexité du bec de la sonde d'étain.

5° L'incision et même l'excision des valvules prostatiques ne pourraient aujourd'hui être considérées comme deux méthodes nouvelles appartenant au travail de la Commission dont je suis le rapporteur, si M. Mercier n'avait apporté à son exciseur une modification qui lui donne

Digitized by Google

une beaucoup plus grande sûreté, et qui s'oppose à ce que la tumeur ou la valvule prostatique saisie s'échappe des mors de l'exciseur comme un noyau qui glisse entre les doigts. De cet inconvénient il résultait que l'excision ne portait que sur la muqueuse et la couche musculaire dont le lambeau était seul rapporté par l'instrument. Aujourd'hui M. Mercier loge dans la crête de la pièce mâle de l'exciseur une aiguille-hameçon qu'il peut faire glisser dans la branche mâle et faire pénétrer à travers la base de la valvule prostatique une fois saisie par les mors, ce qui l'empêche de s'échapper et assure l'excision. La première observation de l'exciseur à aiguille est du 18 mai 1851. Le succès de l'instrument et de l'opération fut complet. L'opération se fit avec la plus grande facilité dans la maison de santé des frères Saint-Jean-de-Dieu. Le lambeau ramené accroché à l'hameçon de l'aiguille était épais de près de 2 centimètres, et la membrane muqueuse, qui recouvrait une grande partie de sa périphérie, indiquait que l'obstacle avait été excisé dans toute son épaisseur.

Le malade a parfaitement guéri; il a été présenté à M. Robert le 3 juin 1851; il vidait très bien sa vessie sans sonde.

Le 3 juin 1852, une opération semblable fut pratiquée avec l'exciseur à aiguille sur un malade de soixante et un ans, devant M. Robert, notre collègue, et M. Destrem; le lambeau était large et épais. Le succès fut aussi très remarquable, car le malade, qui a vécu jusqu'en 1855, ne se sondait pas et vidait sa vessie.

J'ai vu moi-même M. Mercier opérer par excision un malade affecté de retention d'urine complète par tumeur de la prostate. Aujourd'hui le malade urine seul, mais ne vide pas complétement sa vessie.

Enfin aujourd'hui même j'ai vu un malade guéri par M. Mercier après trois opérations. Comme je n'ai pas été à même de contrôler la réalité de ce succès, je n'y insiste pas.

Mais le succès de la méthode a été constaté deux fois par M. Robert, et dès lors l'utilité de l'instrument modifié devient très évidente.

M. Robert, dans son rapport de 1852 (1), avait rappelé à l'Académie qu'en 1841 M. Leroy (d'Étiolles) avait fait connaître un inciseur analogue à celui de M. Mercier. M. Leroy lui avait donné le nom de scarificateur de la prostate hypertrophiée, mais il faut reconnaître qu'il y a loin entre

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XVII, p. 1118.

Digitized by Google

la scarification de la prostate et l'incision profonde et complète des valvules musculaires et prostatiques : il y a plus loin encore de cette scarification à l'excision de lambeaux épais de la prostate par un procédé régulier et à l'aide d'un instrument facile à manier par tous les chirurgiens. Il nous paraît donc impossible de ne pas considérer cette opération comme un progrès réel et important d'une des maladies des voies urinaires les plus analogues par leurs effets aux rétrécissements du canal de l'urèthre, et nous pensons que M. Mercier a droit à une récompense proportionnée à l'importance de sa découverte.

N° 2. — M. Gaillard (de Poitiers).

Thécoplastie-Autoplastie par glissement pour les fistules urinaires larges de la région pénienne du canal de l'urèthre. — M. Gaillard, correspondant de l'Académie à Poitiers, nous a adressé pour le prix d'Argenteuil deux mémoires (1) :

Le premier contient deux opérations d'uréthroplastie suivies de guérison. Le deuxième, une opération qu'il a imaginée pour une large fistule urinaire, et à laquelle il donne le nom de thécoplastie.

Ni l'une ni l'autre de ces opérations n'a trait aux rétrécissements du canal de l'urèthre produits dans les circonstances ordinaires. Les deux cas d'uréthroplastie donnent plutôt l'exemple de larges pertes de substance traumatiques du canal de l'urèthre accompagnées d'oblitération de la partie spongio-bulbeuse, et de fistules, qui laissent passer par le périnée la totalité de l'urine.

Si l'on considère en particulier la partie de l'opération d'uréthroplastie qui se rapporte au rétrécissement du canal, elle ne diffère pas de la boutonnière faite sur un conducteur cannelé, mais il s'agissait dans ces deux cas de suppléer à la disparition du canal dans la région membraneuse pour ainsi dire enfouie dans une masse de tissu inodulaire semi-cartilagineuse. Dans la première observation, on incisa à petits coups dans cette masse à la profondeur de 3 centimètres sans trouver aucun vestige de canal ni de pertuis quelconque. Il fallut ouvrir la région prostatique pour la faire communiquer directement avec la plaie faite à la partie bulbeuse et au bouchon de tissu cicatriciel qui fermait l'urèthre.

(1) Ils sont publiés dans ce volume.

Digitized by Google

Le doigt introduit dans le rectum sentit le col de la vessie et la région prostatique dilatés par l'urine; un bistouri pointu fut enfoncé sur le doigt jusque dans la poche urinaire, puis à l'aide du bistouri boutonné le col de la vessie, la prostate, le sphincter de l'anus furent largement débridés et réunis à la plaie du périnée.

Une sonde fut d'abord placée dans la vessie, puis des bougies de gutta-percha, et autour de ces conducteurs un canal nouveau cicatriciel se forma entre les portions prostatique et spongieuse de l'urèthre; la guérison eut lieu au point que l'émission de l'urine est redevenue volontaire. Dans la seconde observation, même imperméabilité de la portion bulbeuse, même interruption du canal jusqu'à la prostate, mais dans ce cas, au lieu de traverser le rectum et d'inciser l'anus, un couteau boutonné, long, fut introduit dans l'angle inférieur de la plaie, le tranchant vers le pubis, et le doigt indicateur placé dans le rectum servit de guide à l'instrument, qu'il sentait à travers la paroi intestinale. Arrivé à la pointe de la prostate, le chirurgien incisa à petits coups cette glande de sa face inférieure vers sa face supérieure, et parvint bientôt dans la portion prostatique du canal. Une sonde servit à la réunir à la partie spongieuse. Deux jours après l'opération, les urines passèrent en totalité par la sonde, et un mois et quelques jours plus tard la plaie extérieure était presque cicatrisée.

Ces deux observations d'uréthroplastie, où l'incision périnéale des rétrécissements était de toute nécessité, ne sont pas moins remarquables par la hardiesse de l'opération que par le succès. Elles me semblent constituer la règle pour des cas aussi compliqués, et à ce titre elles auraient droit à une récompense, si leur date ne précédait de deux ans la période de 1850 à 1856.

Thécoplastie. — Il n'en est pas de même de la thécoplastie de l'urèthre, imaginée et pratiquée avec succès par M. Gaillard. Il s'agit d'une perte de substance du canal de l'urèthre dans sa portion pénienne; ce canal était ouvert dans une étendue de 18 millimètres. On sait combien les fistules urinaires situées dans cette région sont difficiles à guérir, malgré les efforts judicieux et heureux dus à Dieffenbach, à MM. Alliot, Ségalas et Ricord.

M. Gaillard a imaginé de faire au-dessus et au-dessous de la fistule une incision circulaire de la peau de la verge. Deux incisions longitu-

Digitized by Google

dinales sur les côtés de la fistule ont réuni les incisions circulaires. La portion de peau circonscrite par les quatre incisions est disséquée et enlevée.

Le lambeau antérieur, formé de toute la peau de la partie antérieure de la verge, est attiré jusqu'à la couronne du gland et rapidement disséqué par l'incision des brides celluleuses qui unissent la peau au corps caverneux et à l'urèthre; le lambeau postérieur retiré vers le scrotum n'est disséqué que dans l'étendue de 8 millimètres. Le lambeau antérieur peut être alors ramené en arrière en passant au-devant de la fistule urinaire, dont les bords avivés doivent se souder à la face interne de ce lambeau, qui est réuni au lambeau scrotal.

Dans une première opération, on avait essayé la suture, et chaque point de suture resta une fistule urinaire étroite; mais le succès étant resté d'ailleurs incomplet, une seconde opération semblable fut pratiquée à l'exception de la suture, qui fut supprimée et que remplacent avec avantage des bandelettes de collodion. Cette fois la guérison fut complète, à l'exception d'un petit pertuis fistuleux correspondant à l'un des points de suture de la première opération. Il laisse passer une goutte d'urine.

Les caractères particuliers de l'opération de M. Gaillard sont donc les suivants :

1° Incision circulaire et transport de toute la peau de la verge à 2, 3 et 4 centimètres de distance soit en avant, soit en arrière, à la volonté de l'opérateur;

2° Ablation d'un lambeau circulaire qui permet ce déplacement de totalité sans les plicatures, brides et tiraillements des autres procédés;

3° Recouvrement de la fistule et du canal de l'urèthre dans une étendue de plus de 1 centimètre au delà ou en deçà de la fistule par le lambeau mobilisé, et formant une large valvule en étui, d'où le nom de thécoplastie;

4° Inutilité des sutures, qui refoulent les lambeaux en dedans;

5° Étendue de la valvule qui permet de se passer de la boutonnière comme opération accessoire, jugée indispensable par divers chirurgiens.

La thécoplastie de M. Gaillard est sans doute un procédé de la méthode par glissement appliquée avec tant de succès dans la pratique de l'autoplastie, mais son application hardie et judicieuse aux larges

Digitized by Google

pertes de substance de la portion pénienne de l'urèthre, est digne de toute l'attention de l'Académie. Ce n'est pas une pure spéculation de l'esprit; le succès l'a déjà couronné et ce succès a été tel qu'il a permis au malade de se marier. Mise en usage pour la première fois le 3 janvier 1850, mais perfectionnée et pratiquée de nouveau sur le même malade le 14 janvier 1851, cette opération appartient à la période des travaux que nous sommes appelés à juger, et si elle n'a pas pour objet principal les rétrécissements de l'urèthre, elle se rapporte à l'une des maladies de ce canal qui les compliquent le plus souvent, et rentre ainsi dans la seconde catégorie de perfectionnements que le testateur a eu en vue de récompenser.

La Commission a donc été d'avis d'adjuger à son auteur une récompense.

N° 5. — M. Basset.

Sonde urophuge contre l'infiltration d'urine dans l'uréthrotomie et l'uréthroplastie (1853). — M. Basset suppose que l'accident le plus redoutable après les opérations pratiquées sur l'urèthre est l'infiltration urineuse. Elle s'oppose, dit-il, à la cicatrisation, crée ou perpétue les fistules, produit l'engorgement œdémateux du tissu cellulaire sous-cutané, le sphacèle de la partie ou des parties voisines.

La sonde urophuge est destinée à s'opposer au passage de l'urine entre la sonde laissée à demeure dans l'urèthre et les parois de ce canal. Il croit que, dans la majorité des cas, le but qu'il s'est proposé sera atteint ; toutefois il restreint l'application de sa sonde urophuge aux opérations pratiquées sur le canal entre la racine du bulbe et le méat urinaire.

Il a l'espoir, dit-il, d'en étendre l'usage à la plupart des opérations de taille (les périnéales sans doute) et aux fistules vésico-vaginales.

C'est une sonde courbe ordinaire de métal ou de gomme, recouverte, depuis le pavillon jusqu'à 45 à 49 millimètres (20 à 22 lignes) du premier œil, par une chemise de caoutchouc vulcanisé, formant une sorte de tube externe.

Le tube de caoutchouc n'a pas la même épaisseur partout. Cette épaisseur est réduite au niveau de la portion membraneuse du canal, dans une longueur de 15 à 18 lignes (34 à 40 millimètres), afin de produire

Digitized by Google

une ampoule par insufflation, qui remplisse et dilate la portion membraneuse de l'urèthre.

Il faut d'abord habituer le canal à la présence d'un corps étranger, par l'usage des bougies et sondes ordinaires, puis on introduit la sonde urophuge en s'assurant bien que la partie dilatable du tube de caoutchouc répond à la partie membraneuse ; car, suivant M. Basset, la dilatation de la portion prostatique dilaterait le col de la vessie et causerait l'incontinence d'urine, et des contractions spasmodiques, un ténesme douloureux du col vésical. Il craint même la paralysie de la vessie.

Dans la portion spongieuse, la nature même de la maladie qu'il s'agit de combattre, une solution de continuité, s'oppose à la dilatation mécanique. Elle écarterait les bords de la plaie. Reste donc la portion membraneuse, qui est, dit M. Basset, plus dilatable que les autres.

La dilatation se fait à l'aide d'un robinet adapté au tube de caoutchouc, près du pavillon de la sonde et d'un insufflateur aussi à robinet, tout à fait semblable à l'insufflateur des pessaires à air du docteur Gariel.

Il se produit peu de dilatation dans la portion spongieuse (nous avons dit que M. Basset n'en voulait produire aucune en ce point). Il ajoute que la dilatation se fait tout entière dans la portion membraneuse. Cette dilatation peut être vérifiée au périnée et par le toucher rectal. Il convient de la faire modérée.

Toute l'urine s'échappe par le pavillon de la sonde.

Deux expériences assez favorables ont été faites, la première sur un cadavre : Par la dissection, les parois du canal furent mises à nu. La vessie fut remplie d'eau, la sonde urophuge placée, une boutonnière pratiquée à la partie spongieuse. Une légère insufflation faite, l'eau s'écoula librement par la sonde sans qu'une goutte s'échappât par la boutonnière à 1 décimètre du méat.

La deuxième expérience a eu pour but de juger la tolérance du canal sur le vivant.

M. Basset a opéré sur lui-même l'introduction de la sonde, la dilatation, et jamais il n'avait été soumis au cathétérisme ; aucune douleur notable n'a été produite. Aucune autre application n'a été faite.

M. Basset voudrait que l'Académie encourageât l'expérimentation clinique de son instrument, qui, dit-il, ne peut avoir de valeur thérapeutique qu'au lit du malade et après des observations sérieuses.

Digitized by Google

Nous nous en tenons à ce jugement de M. Basset lui-même; l'idée de l'instrument est ingénieuse, et peut passer pour lui appartenir, quoique des instruments analogues de caoutchouc aient déjà été imaginés pour la dilatation de l'urèthre. Mais l'Académie n'a de jugement à porter que sur l'expérience au lit du malade, qui fait défaut ici.

N° 15. — INCONNU (le nom dans un paquet cacheté).

Guérison des rétrécissements par l'uréthrite aiguë.—Dans les conditions du concours quant à la publication, c'est dans le cours de 1855 que sa méthode a pris naissance.

Elle consiste à donner une gonorrhée aiguë aux malades affectés de rétrécissement à l'aide de certains médicaments externes, sans bougies ni caustiques, ni incision; il envoie les médicaments propres à la cure, et voudrait qu'ils fussent essayés par un médecin de Paris sous les yeux de la Commission; il recule devant un voyage dispendieux (il est de Berlin). — Principes de la méthode:

1° Reproduire la gonorrhée ou du moins une sécrétion de liquide blanchâtre; 2° accroître cet écoulement obtenu; 3° régler cet écoulement de manière qu'il soit devenu diaphane; 4° faire disparaître ce reste par les balsamiques connus, des injections.

Elle aurait eu du succès dans les rétrécissements avec épaississement et induration. Mais il est bien possible, dit-il, qu'on puisse en faire usage dans les rétrécissements avec excroïssances, carnosités, fongosités, végétations et adhérences!

Le remède n° 1 est un onguent dont on frotte le canal vis-à-vis le rétrécissement! 30, 40 fois (une minute). Ce frottement sera répété toutes les cinq heures.

Cet onguent, à ce qu'il paraît, pourrait *attaquer* le scrotum si l'on ne prenait pas la précaution de l'isoler avec de la charpie. Il produit des petites pustules et excoriation de la peau; c'est lui qui reproduit la gonorrhée; on continue pour augmenter la sécrétion.

Puis on y revient quand les pustules et excoriations sont guéries.

Si le rétrécissement est plus profond, on frotte le périnée au lieu de la face inférieure de l'urèthre et toujours en ménageant le scrotum!

Remède n° 2. Il accroît la gonorrhée; c'est un liquide dont on fait

Digitized by Google

prendre toutes les deux heures deux grammes dans deux hectogrammes d'eau fraîche; 8 ou 10 jours suffisent pour ramener l'écoulement de jaune qu'il était à un état blanchâtre.

N° 3. Pour faire diminuer l'écoulement, poudre dont on fait prendre un gramme d'heure en heure dans un peu d'eau fraîche.

Alors quand l'écoulement est devenu insignifiant on donne les balsamiques et les injections de vin rouge, sulfate de zinc, tannin, *nitrate d'argent!*

Éviter le vin et les acides jusqu'à ce que l'écoulement soit déjà assez diminué. Les remèdes sont donc secrets.

Ce mémoire dénote une profonde ignorance de la nature des rétrécissements. Il prouve que l'auteur ignore les effets déjà signalés des frottements extérieurs de l'urèthre, ou malaxations (Depierris) sur les rétrécissements.

Son principe et ses moyens paraissent absurdes.

N° 14. — M. Denamiel, à Rivesaltes (Pyrénées-Orientales).

Son travail n'est pas relatif aux rétrécissements de l'urèthre, mais aux calculs urinaires.

Ce mémoire témoigne de l'imagination de l'auteur; il pense qu'à la première époque de formation de certains calculs friables, il n'est pas impossible de les écraser entre une sonde courbe introduite dans la vessie par l'urèthre, et les doigts indicateur et médius portés dans le rectum et ramenant au-devant de la sonde le calcul comme dans l'opération de lithotomie de Celse, dite *petit appareil*. Mais peut-on oublier qu'entre les doigts et le calcul se trouvent les parois de la vessie et du rectum; que les premières supportent dans l'effort pour briser le calcul la pression du calcul lui-même? Les opinions de M. Denamiel sur l'utilité des alcalins, qu'il suppose devoir rendre friables des calculs durs, me paraissent aussi bien exagérées; et favoriser leur action par l'introduction et les chocs répétés de la sonde, me semble beaucoup plus long et tout aussi sérieux que la lithotripsie bien faite avec le percuteur.

Les deux observations, recueillies sur des enfants de quatorze ans et de quatre ans, qu'il donne à l'appui de l'écrasement entre les doigts et la sonde, écrasement qu'il nomme *lithothlibie*, sont toutefois remarquables.

Digitized by Google

M. Charrière.

M. Charrière est connu depuis longtemps par les services qu'il a rendus à la chirurgie, et son arsenal chirurgical est riche.

Mais il n'offre en ce moment à votre approbation que des instruments relatifs aux maladies des voies urinaires fabriqués depuis 1850, et d'abord un uréthrotome présenté à l'Académie de médecine dans la séance du 23 novembre 1852.

Bien longtemps avant cette époque, il avait fabriqué pour MM. Bégin et Robert un uréthrotome destiné à inciser le rétrécissement d'avant en arrière ; puis, sur la demande de M. Civiale, il avait fabriqué un autre instrument incisant d'arrière en avant. Cette double indication l'a engagé à exécuter un scarificateur-uréthrotome à l'aide duquel on peut faire les incisions d'avant en arrière et d'arrière en avant, dans une seule et même introduction.

Tous les chirurgiens connaissent aujourd'hui cet uréthrotome et beaucoup l'ont employé.

Dans la séance de l'Académie du 7 décembre 1852, M. Leroy (d'Étiolles) a soulevé à son sujet une question de priorité. Il avait eu en effet l'idée de remplir aussi par un même instrument la double incision d'avant en arrière, et d'arrière en avant. Cet instrument réalisé avait été offert par son auteur à l'Académie de médecine de Belgique en 1851. C'est celui qu'il a produit dans la séance du 7 décembre 1852; mais M. le secrétaire perpétuel, après avoir présenté l'instrument de M. Leroy, a fait remarquer qu'il diffère en plusieurs points de l'instrument mis sous les yeux de l'Académie, dans la séance du 23 novembre 1852, par M. Charrière. Considérés au point de vue pratique, ces instruments ont le même but. Ils ne sont pas la copie l'un de l'autre dans l'exécution mécanique.

Mais la justice nous oblige à faire remarquer que, si l'on considère les deux instruments présentés à l'Académie de médecine en novembre et décembre 1852, par M. Charrière et Leroy, l'avantage est manifestement acquis à l'uréthrotome du premier. Dans celui de MM. Charrière, en effet, l'incision rétrograde peut avoir à volonté une profondeur considérable, presque égale à celle de M. Reybard.

Dans l'instrument de M. Leroy, au contraire, la lame sortie en arrière de la demi-olive qui la masque, incise en arrière comme elle a incisé en

Digitized by Google

avant, en repassant dans la même plaie avec la même saillie de la lame. Il est vrai que M. Leroy avance qu'au lieu du mécanisme de l'incision rétrograde de l'uréthrotome de M. Civiale, adopté par M. Charrière, il y aurait, suivant lui, avantage à faire saillir la lame rétrograde comme M. Reybard ; mais c'est là un simple aperçu, dont la valeur est très contestable, attendu que le mécanisme de l'instrument de M. Reybard est plus compliqué, et de plus l'idée n'est pas à cette époque réalisée dans son instrument. Depuis, il est vrai, en 1854, il a donné un dessin d'un uréthrotome à *triple effet*, où la saillie de la lame dans sa marche rétrograde est beaucoup plus prononcée que dans l'instrument offert en Belgique en 1851 et à Paris en 1852, mais nous n'avons pas eu occasion de savoir si l'instrument a été fabriqué sur le modèle nouveau, et en tous cas il serait d'une date postérieure à celui de M. Charrière, et nous le croyons aussi d'un mécanisme moins heureux.

M. Charrière a donc fait un perfectionnement avantageux en associant dans le même uréthrotome les deux mouvements de la lame en avant et en arrière. Son perfectionnement de l'écrou brisé à mouvement de rotation, applicable à tous les brise-pierres, rendu à la fois plus simple et plus solide, est digne aussi de l'attention des chirurgiens ; ses tenettes, dont la vis est changée en tenon, ses tenettes à forceps pour la division des grosses pierres dans la vessie, forment avec son uréthrotome à double effet un ensemble recommandable ; mais c'est surtout l'uréthrotome qui pourrait être jugé digne d'une récompense, puisqu'il s'applique aux rétrécissements du canal ; telle a été l'opinion de la Commission.

Tels sont, Messieurs, les titres des candidats. Plusieurs d'entre eux nous ont paru dignes de récompenses ; mais, comme le testament nous en a fait la loi, si nous recherchons parmi ceux qui se sont occupés du traitement des rétrécissements le plus digne, nous n'en trouvons aucun auquel nous croyons devoir vous proposer d'adjuger la totalité du prix d'Argenteuil. Des récompenses de diverse valeur à titre d'encouragement nous sembleraient seulement pouvoir être accordées à leurs travaux. C'est donc le cas d'examiner, en nous appuyant toujours sur la lettre du testament, si, durant les six années écoulées, un perfectionnement a été apporté au traitement des autres maladies des voies urinaires, et s'il est assez important pour être jugé digne du prix total.

Digitized by Google

Dans la catégorie de travaux qui regardent les autres maladies des voies urinaires nous avons signalé à votre attention ceux de M. Mercier et de M. Gaillard (de Poitiers).

Chez le premier, c'est l'excision des valvules prostatiques opérée avec un instrument perfectionné que nous jugeons digne de récompense. L'incision ou même l'excision des valvules prostatiques, bien qu'elles appartiennent presque en entier à M. Mercier, sont déjà des méthodes trop anciennes pour que nous ayons eu à récompenser leur invention. Mais nous avons attaché une grande valeur à l'instrument nouveau qui assure l'exécution de l'excision jugée par l'expérience préférable à la simple incision. Qu'est-ce en effet que l'idée d'une méthode sans l'instrument qui en assure l'exécution? Cependant l'invention ou le perfectionnement d'un instrument est-il digne du prix total? nous ne l'avons pas pensé : il nous a semblé qu'une récompense en rapport avec l'utilité pratique, c'est à dire importante par son chiffre, lui était due; mais lui donner la totalité du prix nous eût ôté la possibilité de récompenser d'autres travaux remarquables et utiles, produits de 1850 à 1856, et qu'aucune autre Commission pour le même prix ne serait en pouvoir de rémunérer.

M. Gaillard (de Poitiers), lui, a créé une autoplastie par glissement pour un cas grave de perte de substance de la paroi inférieure de l'urèthre dans sa portion pénienne, à la fois hardie et simple, d'une exécution méthodique et à la portée de tous, dont l'effet est le retour complet des fonctions urinaires et génératrices puisque son malade s'est marié depuis l'opération. Cette méthode qui laisse à la partie sa régularité, sans brides ni tiraillement, et qui n'emprunte rien même au scrotum, doit rester dans la pratique, et son emploi aurait même de l'avantage dans des fistules péniennes plus étroites. Toutefois ce n'est qu'une des applications de l'autoplastie par glissement, et bien qu'une récompense nous paraisse un acte de justice, nous n'avons pas cru non plus que la totalité du prix d'Argenteuil dût être décernée à son auteur.

Nous voici arrivés, Messieurs, à une des difficultés que nous a créées le marquis d'Argenteuil; il n'a supposé que deux cas possibles : la récompense totale au perfectionnement apporté à la thérapeutiqne des rétrécissements de l'urèthre, et à son défaut le prix entier à un perfectionnement du traitement des autres maladies des voies urinaires. Il n'a pas

Digitized by Google

songé que dans la voie des découvertes, il y a des efforts à encourager, car ces efforts sont les premiers pas, et souvent les jalons du génie. Mais l'Académie comprendrait bien mal son rôle, suivant nous ; elle comprendrait même très inexactement les véritables intentions du testateur, qui a voulu le progrès, si elle ne prenait pas sur elle de fractionner en encouragements proportionnels à l'importance des résultats obtenus une somme qu'il serait injuste aujourd'hui de donner à un seul.

Nous ne désavouons pas le passé, et ce que l'Académie a fait au dernier concours, ce ne serait pas le rapporteur actuel qui pourrait l'en blâmer puisqu'il était l'un des membres de la Commission, mais nous croyons qu'en d'autres circonstances elle peut faire autrement. Elle le peut d'autant mieux que le prix institué est de 6,000 fr. et non de 12,000 fr. N'aurait-elle pas d'ailleurs l'exemple de toutes les Académies en cas pareil ? cela n'a pas besoin d'être démontré.

La Commission du prix d'Argenteuil a donc résolu de vous proposer de distribuer la somme de 12,000 francs en récompenses et encouragements donnés dans la proportion suivante.

Deux candidats, MM. Mercier et Gaillard (de Poitiers), chacun la somme de 4,000 francs comme récompenses.

Quatre candidats, MM. Marquez (de Colmar), Arnott, Désormeaux, Charrière, un encouragement de 1,000 francs.

La lecture de cette première partie du rapport terminée, l'Académie, après discussion, a décerné à titre de récompense :

A MM. Mercier, 4,000 fr. ; Gaillard (de Poitiers), 3,000 fr. ; Désormeaux, 2,000 fr. ; Marquez (de Colmar), 1,000 fr. ; Arnott, 1,000 fr. ; Charrière, 1,000 fr.

Le rapporteur a repris sa lecture en ces termes :

Il nous reste, Messieurs, à vous rendre un compte succinct des travaux présentés par les candidats qui ont été éliminés en leur appliquant la règle d'appréciation adoptée par la commission, et à laquelle vous venez de donner votre approbation.

N° 19. — M. Guillon.

Cathétérisme, uréthrotomie. — Ce chirurgien reproduit, pour le concours de 1850 à 1856, les moyens dilatateurs et de cathétérisme évacuateur qu'il avait déjà présentés au concours précédent ; ce sont des

Digitized by Google

bougies en baleine, des sondes élastiques à extrémité conductrice. Par la date de leur invention, elles sont en dehors du concours actuel. Mais M. Guillon insiste, et persiste à adresser les mêmes instruments, qu'il croit rajeunir par le but qu'il s'est proposé d'atteindre dans leur emploi en les envoyant cette fois. C'est, dit-il, pour éviter la ponction de la vessie et l'uréthrotomie périnéale. Il convient de l'ancienneté de leur date, mais jusqu'ici il ne les avait proposés que comme agents de dilatation et de cathétérisme : c'est depuis 1851 seulement qu'il les destine à remplacer la ponction de la vessie et l'uréthrotomie périnéale. Il désirerait que l'on confondît la date de l'invention et de l'introduction dans la pratique avec celle du but qu'il leur assigne aujourd'hui dans sa pensée, de sorte qu'après avoir été présentées à un concours antérieur pour le même prix dont M. Gerdy a été rapporteur, elles ne seraient plus inventées et produites que depuis 1850, et dès lors admissibles par la Commission actuelle. Je lui ai fait remarquer que si ces moyens avaient tous les avantages qu'il leur attribue, ils les possédaient dès leur première apparition, et convenaient alors pour prévenir la nécessité de la ponction de la vessie et l'uréthrotomie périnéale, mais il fait observer que ces avantages ont été méconnus par quelques chirurgiens partisans des susdites opérations. Ceux-là ont tort peut-être à l'égard des bougies en baleine et sondes à bout olivaire de M. Guillon, mais ce tort ne change rien ni à leurs propriétés ni à la date de leur production.

De plus il faut reconnaître que M. Guillon généralise trop leur portée, en les croyant applicables aux cas d'oblitération complète du canal dans la région spongio-bulbeuse avec fistules nombreuses et perte de substance au périnée. Il est vrai que M. Guillon ne croit pas à ces cas de rétrécissements infranchissables, et a porté à divers chirurgiens, notamment à M. Sédillot (de Strasbourg), des défis qui n'ont pas eu de suite.

M. Guillon avait adressé, pour le prix Barbier, ses procédés de stricturotomie. La Commission, sans se déclarer incompétente, a exprimé le vœu qu'à cause de la spécialité du travail de M. Guillon, la Commission du prix d'Argenteuil en prît connaissance.

Bien qu'il n'y ait eu aucun renvoi prononcé par l'Académie et qu'il soit inusité que le même travail soit envoyé dans la même année pour deux prix différents, le conseil de l'Académie a engagé la Commission du prix d'Argenteuil à donner son avis sur le mémoire de M. Guillon

Digitized by Google

comme si ce mémoire lui avait été destiné plutôt par son auteur, afin d'éviter toute apparence de déni de justice. Le rapporteur se conforme à ce vœu du conseil ; mais il doit vous dire que déjà ce travail a été examiné par une Commission pour le prix d'Argenteuil, celle de 1839 à 1844.

La date de l'invention est tellement ancienne que vous en serez surpris, elle remonte à 1827, d'après M. Guillon. Nous l'en croyons volontiers sur parole. Lors du rapport de M. Gerdy, les résultats n'avaient pas paru à notre collègue avoir acquis la maturité que donne le temps. Mais de 1844 à 1850, M. Guillon n'a pas jugé à propos de les présenter au concours, il s'est borné à l'envoi d'instruments de lithotritie. Aujourd'hui, d'après le texte et l'esprit du testament, bien reconnus par la Commission, la méthode d'uréthrotomie de M. Guillon, en supposant qu'elle différât essentiellement de l'uréthrotomie d'Amussat, et autres opérateurs, ne se présente pas en temps utile devant la Commission du prix d'Argenteuil, et d'après le texte du testament elle n'est pas admissible au concours puisque déjà de 1844 à 1850 son admissibilité eût pu être contestée.

N° 4. — M. Leroy (d'Étiolles).

M. Leroy (d'Étiolles), qui a tant travaillé sur les maladies de l'urèthre et de la vessie et que le rapport de notre collègue M. Robert a justement apprécié pour le nombre, la variété de ses instruments et perfectionnements, ne se présente pas à la lutte actuelle dans des conditions favorables au succès. Ses plus importants travaux sont en dehors de la période qui appartient à ce concours.

L'exposé de ses titres fait à l'Académie des sciences en 1854 contient dans la partie relative aux rétrécissements, page 47, la seule invention d'une date à être présentée pour le prix d'Argenteuil actuel. Elle a pour objet la cautérisation électrique appliquée ou applicable aux rétrécissements de l'urèthre. Le mémoire renferme l'indication de deux appareils, l'un est une modification de l'appareil de M. Renault, employé par notre collègue M. Nélaton pour la cautérisation des kystes et autres tumeurs.

M. Leroy porte le jugement suivant sur la cautérisation qu'il a faite d'un rétrécissement et sur la méthode elle-même.

« Il n'en est résulté, dit-il, ni inflammation, ni rétention d'urine. On comprend que je m'abstienne d'émettre une opinion arrêtée sur l'avenir

Digitized by Google

de ce mode de cautérisation, toutefois je doute que ses avantages compensent les embarras que donne l'emploi de la pile et les difficultés de construction de l'appareil. »

Que dirons-nous après cet arrêt prononcé par l'auteur lui-même ?

Le succès de M. Reybard et le jugement favorable de l'Académie sur les incisions profondes du canal de l'urèthre ont inspiré à M. Leroy un uréthrotome ou sténositome offert au jugement de l'Académie de médecine de Paris le 7 décembre 1852, mais que M. Leroy (d'Étiolles) avait présenté à l'Académie de médecine de Belgique le 25 février 1851.

Nous devons dire que cet uréthrotome est l'objet d'une réclamation de priorité de la part de M. Charrière. Nous reviendrons sur ce point en exposant les titres de ce compétiteur. Quoi qu'il en soit, l'avantage de cet instrument sur celui de M. Reybard, d'après M. Leroy (d'Étiolles), serait de couper d'abord d'avant en arrière pour se faire une voie, puis d'arrière en avant, en écartant par un mécanisme particulier la lame de l'instrument de manière à lui faire produire une profonde incision. Il y aurait là une modification utile sans doute et qui rendrait l'opération plus expéditive et plus complète, mais l'instrument de M. Leroy ne la réalise pas. Ce n'est que plus tard que ce chirurgien a réellement joint à son instrument l'action rétrograde de l'uréthrotome de M. Reybard.

Dans le but de tendre l'urèthre pendant l'action de la lame afin de faire l'incision plus profonde, M. Leroy (d'Étiolles) accole sur la concavité du petit cathéter de M. Maisonneuve, un fil d'argent, qui, articulé près de son bec ou extrémité vésicale, passe dans deux petits anneaux fixés à l'origine de la courbure, l'autre près du pavillon. Ce fil, tendu par une vis et un écrou comme la corde d'un arc, tend à son tour l'urèthre.

La date de cet instrument ne nous a pas été donnée (peut-être est-elle postérieure à 1856). Mais de plus, nous n'avons aucune observation à l'appui de son usage, quoique sans doute M. Leroy (d'Étiolles) ait dû être en mesure d'en fournir plusieurs. Nous ne pouvons donc nous prononcer sur sa valeur.

Nous avons fait la remarque à l'occasion des travaux de M. Leroy (d'Étiolles) que presque aucun ne regardait la Commission du prix d'Argenteuil pour la période 1850 à 1856. La plupart, en effet, sont d'une date antérieure à cette période, mais nous remarquons avec intérêt

Digitized by Google

dans la dernière communication que ce fécond praticien nous a adressée, il y a quelques jours à peine, un procédé de résection des rétrécissements de l'urèthre par pression et écrasement que M. Leroy opère à l'aide d'un instrument d'invention trop récente pour que nous ayons à nous en occuper; il appartient nécessairement et de droit à la Commission qui sera nommée pour la période de 1856 à 1862. La mention que nous faisons de cette nouvelle méthode, qui, nous l'espérons, sera appuyée d'un nombre de succès suffisant pour la bien faire connaître et juger favorablement, servira, en partie du moins, à M. Leroy pour établir ses droits à la priorité. Cette méthode, en effet, a un caractère d'originalité que n'aurait point aujourd'hui une méthode quelconque d'uréthrotomie, on entrevoit ses avantages, nous désirons bien sincèrement qu'elle ne trouve pas dans l'application de revers qui les efface, et que M. Leroy obtienne enfin une récompense de ses nombreux efforts.

N° 13. — M. Yvanchich.

Uréthrotomie. — M. Yvanchich était un des concurrents pour le prix d'Argenteuil obtenu par M. Reybard. Le rapport de notre collègue M. Robert prouve que M. Yvanchich était un candidat très sérieux, qu'il est un chirurgien expérimenté et dont les doctrines, en fait de rétrécissements de l'urèthre, sont marquées au coin de la sagesse et d'une instruction solide à laquelle il joint une bonne foi entière dans l'exposition de ses résultats. Dans le concours actuel il se présente avec de légères modifications de ses instruments qui rendent cependant sa pratique plus efficace. Ses uréthrotomes ne sont plus de simples scarificateurs n'agissant que d'un seul côté, ce sont des uréthrotomes doubles, dont les lames renfermées dans une gaîne où elles chevauchent l'une sur l'autre, ont chacune la largeur de cette gaîne et s'en écartent de manière à faire sur deux côtés opposés des incisions larges quoique moins profondes que celles de M. Reybard, que M. Yvanchich juge très exagérées.

C'est dans le chevauchement des lames au moyen de la communication des rainures qui les logent que consiste le perfectionnement apporté à ses uréthrotomes depuis 1850. Les uns sont droits et très fins, en sorte qu'ils pénètrent avec facilité dans les rétrécissements étroits, les autres sont courbes en forme de cathéter. Ils contiennent une seule lame, ou deux lames; ils agissent d'arrière en avant, mais on se demande

Digitized by Google

si le ressort de quelques-uns est doué d'assez de force pour pratiquer l'incision projetée. Les plus gros, qui ont deux lames, doivent faire des incisions assez profondes si le canal est bien appliqué et maintenu par les doigts sur elles au niveau du rétrécissement, par conséquent dans sa portion libre; mais l'extrémité de leur gaîne est si grosse qu'un rétrécissement qui la recevrait serait déjà bien dilaté. De plus on ne comprend pas comment les lames, en sortant de leur gaîne, ne blessent pas les parties saines du canal au delà du rétrécissement. Du reste, rien de plus élégant que la construction de ces uréthrotomes, tous munis d'un ressort à pompe extérieure d'une grande douceur, très élastique et très facile à manier.

M. Yvanchich emploie après l'incision la dilatation immédiate à l'aide d'une grosse sonde de gomme pendant vingt-quatre heures au moins, puis jusqu'à complète cicatrisation la dilatation temporaire tous les trois jours, puis tous les six jours avec des bougies à boule, ou cylindriques.

Les modifications apportées par M. Yvanchich dans la construction de ses uréthrotomes et la profondeur de ses incisions ne constituent pas, vous le voyez, une invention assez originale pour autoriser la Commission de 1850 à vous proposer une récompense au chirurgien distingué de Vienne ; et, d'ailleurs, la méthode elle-même est antérieure au concours actuel.

N° 1. — M. Scharlau (de Stettin).

Nous pouvons nous borner pour ce candidat à dire que l'invention de la méthode qu'il revendique remonte, suivant lui, à 1844. Il incise, comme M. Syme (d'Édimbourg), les rétrécissements de dehors en dedans par le périnée. Il accuse M. Syme de plagiat ; cette question de priorité nous importe d'autant moins que l'incision des rétrécissements de l'urèthre de dehors en dedans est fort ancienne, et que les inventeurs ne sont pas de ce siècle.

Les détails dans lesquels entre M. Scharlau pour exposer sa méthode prouvent qu'il est un chirurgien très expérimenté. Il a guéri, dit-il, de rétrécissements étroits et par la méthode de l'incision périnéale 141 malades depuis vingt-deux ans.

Dans les cas ordinaires il se sert de la dilatation graduée.

Il rejette absolument la scarification et la cautérisation comme difficiles, ou même impossibles. Suivant lui, elles aggravent les rétrécisse-

Digitized by Google

ments sans effet satisfaisant et permanent. Nous n'avons pas à discuter la sévérité de ce jugement.

Il nous suffit que l'ancienneté des moyens que M. Scharlau revendique comme siens nous autorise à ne pas le compter parmi les concurrents actuels.

N° 23. — M. Debeney.

Ce que M. Debeney appelle sa méthode de traitement remonte à 1843 et par conséquent ne doit pas occuper la Commission.

Il l'a déjà publiée avec des observations à l'appui dans la *Gazette médicale*, en 1845, 1846 et 1847.

Sa dernière publication est, il est vrai, de 1857 et est intitulée : *Cure radicale des rétrécissements du canal de l'urèthre, critique des doctrines contemporaines.* Mais cette nouvelle publication n'ajoute rien à la méthode déjà connue, qui consiste dans l'emploi de la cautérisation et de la dilatation mises en usage successivement.

Après une critique fort acerbe des moyens mécaniques et en particulier de l'uréthrotomie, M. Debeney expose ses vues sur les véritables moyens curatifs des uréthrites et des rétrécissements. La cautérisation, suivant lui, doit être faite par la voie liquide :

Nitrate d'argent, 1 gramme; Eau distillée, 30 grammes;

Il la préfère de beaucoup à la voie solide, qui, dit-il, est généralement abandonnée.

Son but est de produire non pas la destruction ou l'extension violente par l'effort mécanique, mais la modification vitale des tissus. M. Debency semble ne pas savoir que Dupuytren et même Chopart expliquèrent ainsi l'un des modes d'action des sondes et bougies à demeure : Dupuytren, sous le nom de dilatation vitale.

M. Debeney propose aussi comme chose nouvelle la bougie placée au-devant du rétrécissement, quand elle n'a pas pu pénétrer dans son orifice !

N'est-il pas étrange de voir donner comme pratique nouvelle un moyen consacré depuis trente ans par Dupuytren? Bornons-nous à répéter que M. Debeney, par l'ancienneté de sa méthode et des publications qui y sont relatives, sort du domaine de la Commission instituée pour la période de 1850 à 1856.

Digitized by Google

RAPPORT GÉNÉRAL

A SON EXC. M. LE MINISTRE

DE L'AGRICULTURE, DU COMMERCE ET DES TRAVAUX PUBLICS,

SUR LE

SERVICE MÉDICAL DES EAUX MINÉRALES DE LA FRANCE

PENDANT L'ANNÉE 1856,

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION DES EAUX MINÉRALES,

ET LU A L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE DANS LA SÉANCE DU 24 NOVEMBRE 1858,

Par le Docteur A. GUÉRARD.

Les établissements d'eaux minérales sont considérés comme étant d'utilité publique, et, à ce titre, ils relèvent du Ministère de l'agriculture, du commerce et des travaux publics.

L'ordonnance royale du 18 juin 1823, qui les régit, en confie l'inspection à des docteurs en médecine (art. 3), « et elle attribue à ceux-ci la » connaissance de tout ce qui, dans chaque établissement, importe à la » santé publique (art. 4). »

C'est ainsi qu'ils ont mission de « veiller particulièrement à la con- » servation des sources, à leur amélioration (art. 5), à la distribution » des eaux, à l'usage qui en est fait par les malades, sans néanmoins » pouvoir mettre obstacle à la liberté qu'ont ces derniers de suivre les » prescriptions de leurs propres médecins, et même d'être accompagnés » par eux, s'ils le demandent (art. 6). »

Enfin, les inspecteurs, dans le but de remplir les devoirs de leur charge, sont investis du droit « de faire aux propriétaires, régisseurs » ou fermiers, les propositions et observations, qu'ils jugent néces-

Digitized by Google

» saires ; ils portent, au besoin, leurs plaintes à l'autorité, et sont tenus » à lui signaler les abus venant à leur connaissance (art. 4). »

L'art. 11 de la même ordonnance impose à MM. les inspecteurs l'obligation « de remplir et adresser chaque année, au Ministre de » l'agriculture et du commerce, des tableaux dont il leur sera fourni » des modèles, ils y joindront les observations qu'ils auront recueillies » et les mémoires qu'ils auront rédigés sur la nature, la composition et » l'efficacité des eaux, ainsi que sur le mode de leur application. »

En 1849, sur la demande du Ministre du commerce, une nouvelle instruction, émanée de la Commission des eaux minérales, fut soumise à la sanction de l'Académie et adoptée par la Compagnie ; elle se trouve consignée, avec le modèle des cahiers, dans le *Bulletin de l'Académie*, t. XIV.

Dans cette instruction rédigée, ainsi que le rapport qui la précède, par notre collègue M. Isid. Bourdon, l'attention de MM. les inspecteurs est appelée sur quelques points d'hydrologie, qu'il importe de ne jamais perdre de vue : tels sont la constance ou la variation de température, de constitution chimique ; l'existence d'éléments jusque-là méconnus, comme l'*iode*, le *brome*, l'*arsenic*, etc.

Cette année, vous y avez joint des recommandations sur les *conferves*, la *barégine*, la *glairine*, la *sulfurine*, etc.

Ces divers documents élaborés dans le sein de vos Commissions, sanctionnés par votre approbation, et rendus obligatoires par l'autorité administrative, fixent d'une manière nette et précise les droits et les devoirs de MM. les inspecteurs.

En vertu de ces droits, nos confrères des eaux minérales proposent aux personnes intéressées dans l'exploitation des sources, propriétaires, régisseurs ou fermiers, tout ce qui peut être utile à la bonne conservation et à la judicieuse application médicale de ces sources.

En cas de refus, ils peuvent adresser leurs plaintes motivées à l'autorité.

Nous ne nous dissimulons pas que cette intervention de nos confrères est loin d'être aussi efficace que l'exigeraient l'intérêt des malades et même celui des propriétaires des établissements ou de leurs représentants.

C'est pour cela même que, plus d'une fois, l'Académie a demandé

Digitized by Google

l'extension de quelques-uns des droits attribués à nos confrères, dont les généreuses intentions ont été trop souvent neutralisées par le mauvais vouloir, l'incurie, l'ignorance ou la rapacité.

Pourtant, il est arrivé que l'impuissance à laquelle ils se trouvaient réduits par ces différentes causes isolées ou réunies leur a inspiré d'énergiques réclamations, dont vous avez reconnu la justice, et que vous avez appuyées auprès de l'autorité compétente.

C'est ainsi que, tout récemment (13 juillet 1858), notre collègue, M. Pâtissier, est venu, au nom de la Commission des eaux minérales, vous soumettre un rapport sur une réclamation de M. l'inspecteur des eaux minérales de Miers (Lot), qui se trouve réduit à l'impossibilité de rédiger le rapport annuel qu'il doit produire, par suite de cette circonstance, malheureusement trop commune dans les stations thermales, que la plupart des malades prennent les eaux sans le consulter.

Sur la proposition de l'honorable rapporteur, vous avez été d'avis qu'il y a lieu à demander à M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, l'insertion dans le futur réglement administratif concernant les sources thermales, d'une clause conçue à peu près dans ces terme :

« Nul ne sera admis à faire une *cure* dans les thermes, s'il ne s'est » présenté devant le médecin inspecteur, titulaire ou adjoint, ou s'il » n'est muni d'une ordonnance émanant d'un médecin en résidence ou » non dans la station balnéaire. »

L'expression de *cure* employée dans cette clause n'empêchera pas les personnes bien portantes de faire des eaux minérales l'usage qui pourrait leur convenir.

Mais cette clause protégera souvent, si ce n'est toujours, les véritables malades, ceux que vous devez entourer de toute votre sollicitude, contre les dangers résultant d'un usage abusif ou intempestif du traitement thermal.

En même temps, et conformément à l'ordonnance de 1823, art. 6, elle laissera toute liberté aux malades dans le choix de l'homme de l'art, auquel ils croient devoir accorder leur confiance.

Ces réflexions nous conduisent à l'examen des *devoirs* imposés à MM. les inspecteurs.

Digitized by Google

Nous avons déjà dit que nos confrères des stations thermales doivent veiller à la conservation et à l'amélioration des sources, aussi bien qu'à tout ce qui concerne l'emploi thérapeutique des eaux.

Ils ont à remplir des cahiers uniformes, dont le modèle est consigné dans le rapport adopté par l'Académie en 1849.

Quelle est l'utilité de ces cahiers ?

Ils sont destinés à fournir les éléments d'une statistique à la fois administrative et médicale des divers établissements thermaux.

La plupart de MM. les inspecteurs ne paraissent pas se faire une juste idée de l'importance de ces cahiers. Je ne sais même pas si, parmi nos honorables collègues de l'Académie, il ne s'en trouverait pas quelques-uns disposés à en révoquer en doute l'utilité.

Mais il ne faut pas oublier que, pour bien connaître les établissements thermaux, il faut savoir quelle est leur véritable situation, stationnaire, progressive ou décroissante; notion que l'on ne peut acquérir que par l'examen comparatif du mouvement des visiteurs pendant un certain nombre d'années.

Ce mouvement, s'il est variable, conduit à rechercher et à découvrir les causes de ces variations.

Et de même que, pour les épidémies, l'Académie de médecine n'a pas moins d'intérêt que l'Administration supérieure à savoir qu'elles ont eu lieu ou qu'elles ne se sont pas montrées, afin de remonter de ce fait positif ou négatif à la cause qui l'a produit, de même, pour les stations thermales, nous ne devons rien négliger de ce qui peut nous renseigner sur leur situation réelle.

C'est dans les cahiers de MM. les inspecteurs que nous devons trouver les éléments propres à nous fixer sur ce point important.

Mais ce serait charger nos confrères d'un travail inutile, fastidieux et pénible, que de leur demander de reproduire chaque année ce qui est relatif à la topographie ou à l'analyse chimique des sources qu'ils dirigent.

Ce qu'il nous faut savoir, ce sont les faits *nouveaux* concernant le nombre des sources; leur débit, s'il offre quelques variations; les analyses récentes, quand elles diffèrent de celles que l'on connaît; les phénomènes météorologiques observés pendant la saison thermale, etc. Le nombre et la qualité des malades, la nature des maladies, les ré-

Digitized by Google

sultats heureux ou malheureux du traitement pendant, et même, s'il se peut, à la suite du traitement hydro-minéral.

Pour ce qui est de la nature des maladies, au lieu de se borner à les indiquer par une simple dénomination, il vaut mieux en relater les symptômes caractéristiques.

Dans les établissements qui n'admettent pas de malades, tels que ceux de *Hauterive*, du *Saint-Galmier*, etc., il est important de tenir l'Académie au courant du mouvement, quel qu'il soit, des exportations. Nous avons pu, dans notre rapport de la saison de 1855, grâce à notre collègue, inspecteur du premier de ces établissements, suivre sa progression ascendante, du 20 juin 1853 au 18 novembre 1857 : c'est là un renseignement fort utile, au point de vue de la statistique médicale et administrative des eaux minérales. — N'y a-t-il pas d'ailleurs une sorte d'inconséquence à réclamer l'intervention de l'Académie, quand il s'agit d'accorder l'autorisation d'exploiter une source de ce genre dans un but médical ou hygiénique, et, l'autorisation une fois accordée, à lui laisser ignorer l'usage que l'on en a pu faire?

Des réflexions qui précèdent sur les cahiers, que doivent envoyer MM. les inspecteurs, il ressort que ces documents ne sauraient être rédigés dans une forme différente de celle qui est fixée par les règlements, et pour la confection desquels nos confrères reçoivent des feuilles disposées tout exprès. De plus, ces envois doivent être annuels et ne pas comprendre plusieurs saisons à la fois, puisqu'ils sont destinés à fixer la situation des établissements thermaux pendant la saison à laquelle ils se rapportent.

Pour ce qui est des observations médicales proprement dites, nous n'avons rien à ajouter à ce qui se trouve renfermé dans l'article 11 de l'ordonnance de 1823, que nous avons rappelé en commencant.

Peut-être nous sera-t-il permis d'espérer que les explications dans lesquelles nous venons d'entrer engageront MM. les inspecteurs à remplir plus exactement et plus rigoureusement les obligations qu'ils ont contractées vis-à-vis de l'Académie et de l'Administration.

§ I. — *Analyse des Rapports relatifs à la saison de* 1856.

Pour la saison de 1856, le nombre des rapports envoyés s'élève à soixante, et celui des rapports qui manquent atteint le chiffre

Digitized by Google

de quatre-vingt-un. Les tableaux suivants font connaître les établissements de l'une et de l'autre catégorie, et ce n'est pas sans regret que l'on voit figurer dans la dernière des stations thermales de la plus haute importance.

PREMIER TABLEAU. — *Établissements pour lesquels ont été envoyés les rapports relatifs à la saison de* 1856.

Aix (Bouches-du-Rhône).
Allevard (Isère).
Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales).
Audinac (Ariége).
Aulus (Ariége).
Avène (Hérault).
Ax (Ariége).
Bagnois (Lozère).
Bains (Vosges).
Barbotan (Gers).
Barèges [*hôpital militaire*].
Bilazais (Deux-Sèvres).
Boulogne (Pas-de-Calais).
Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire).
Bourbon-l'Archambault (Allier).
Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne) [*hôp. mil.*]
Bussang (Vosges).
Castera-Verduzan (Gers).
Charbonnières (Rhône).
Châteauneuf-les-Bains (Puy-de-Dôme).
Chaudes-Aigues (Cantal).
Dax (Landes).
Digne (Basses-Alpes).
Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées).
Encausse (Haute-Garonne).
Euzet et Saint-Jean de Ceyrargues (Gard).
Fonsanche (Gard).
Forges-les-Eaux (Seine-Inférieure).
Gréoulx (Basses-Alpes).
La Bourboule (Puy-de-Dôme).
La Chaldette (Lozère).
La Motte-les-Bains (Isère).
Lavardens (Gers).
Luxeuil (Haute-Saône).
Maska (Gers).
Monestier de Briançon (Hautes-Alpes).
Montmirail (Vaucluse).
Neyrac (Ardèche).
Niederbronn (Bas-Rhin).
Pierrefonds (Oise).
Plombières (Vosges).
Préchacq (Landes).
Propiac (Drôme).
Provins (Seine-et-Marne) [1856 et 1857].
Rennes (Aude).
Royat (Puy-de-Dôme).
Saint-Alban (Loire).
Saint-Amand (Nord).
Saint-Honoré (Nièvre).
Saint-Laurent-les-Bains (Ardèche).
Saint-Loubouer et d'Espérons (Landes).
Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées).
Saint-Vincent-de-Xaintes (Landes).
Saubusse (Landes).
Sylvanès et Camarès (Aveyron).
Tercis (Landes).
Trébas (Tarn).
Trouville (Calvados).
Ussat (Ariége).
Vichy (Allier) [*hôpital militaire*].

DEUXIÈME TABLEAU. — *Établissements pour lesquels ont été envoyés les rapports relatifs aux saisons antérieures à celle de* 1856.

1855. Bourbon-l'Archambault (Allier).
1854. Châteauneuf-les-Bains (Puy-de-Dôme).
1854. Digne (Basses-Alpes).
1854 et 1855. Eaux-Chaudes (B.-Pyrénées) (1).
1855. La Malou (Hérault).
1855. Pierrefonds (Oise).

(1) L'an dernier, au moment de la rédaction de notre rapport général, ces deux rapports n'avaient pas été mis à notre disposition : ils ne nous sont parvenus que postérieurement; mais nous devons déclarer ici que notre honorable confrère, inspecteur de l'établissement des Eaux-Chaudes, est tout à fait étranger au retard qu'ils ont éprouvé à cette époque.

Digitized by Google

TROISIÈME TABLEAU. — *Établissements pour lesquels aucun rapport ne nous est parvenu pour la saison de 1856.*

Absac ou Availles (Vienne).
Alet (Aude).
Arcachon (Gironde) [*bains de mer*].
Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées).
Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne).
Bagnoles (Orne).
Balaruc (Hérault).
Barbazan (Haute-Garonne).
Baréges (Hautes-Pyrénées) [*service civil*].
Biarritz (Basses-Pyrénées).
Bourbonne (Haute-Marne) [*service civil*].
Cadéac (Hautes-Pyrénées).
Calais (Pas-de-Calais) [*bains de mer*].
Caldaniccia (Corse).
Cambo (Basses-Pyrénées).
Camoins (Bouches-du-Rhône).
Campagne (Aude).
Capvern (Hautes-Pyrénées).
Carcanières (Ariége).
Cassuéjoulx (Aveyron).
Casteljaloux (Lot-et-Garonne).
Cauterets (Hautes-Pyrénées).
Cavalat-lès-Vigan (Gard).
Celles (Ardèche).
Cette (Hérault) [*bains de mer*].
Château-Gontier (Mayenne).
Chateldon (Puy-de-Dôme).
Châtel-Guyon (Puy-de-Dôme).
Chatenois (Bas-Rhin).
Condillac (Drôme).
Contrexeville (Vosges).
Cransac (Aveyron).
Croisic (Loire-Inférieure) [*bains de mer*].
Cusset (Allier).
Dinan (Côtes-du-Nord) [*bains de mer*].
Dieppe (Seine-Inférieure) [*bains de mer*].
Dunkerque (Nord) [*bains de mer*].
Eaux-Bonnes (Hautes-Pyrénées).
Enghien (Seine-et-Oise).
Escaldas (Pyrénées-Orientales).
Escouloubre (Aude).
Evaux (Creuse).
Foncaude (Hérault).
Gamarde (Landes).
Grandrif (Puy-de-Dôme).
Guagno (Corse) [*hôpital militaire*].
Guittera (Corse).
Hauterive (Allier).
Labarthe-de-Neste (Hautes-Pyrénées).
Labassère (Hautes-Pyrénées).
La Malou (Hérault).
La Preste (Pyrénées-Orientales).
La Roche Posay (Vienne).
Le Monestier (Isère).
Le Vernet (Pyrénées-Orientales).
Miers (Lot).
Molitz (Pyrénées-Orientales).
Mont-Dore (Puy-de-Dôme).
Montégut-Ségla (Haute-Garonne).
Néris (Allier).
Olette et Thuez (Pyrénées-Orientales).
Orezza (Corse).
Pietrapola (Corse).
Plan de Phazy (Hautes-Alpes).
Pougues (Nièvre).
Puzzichello (Corse).
Royan (Charente-Inférieure) [*bains de mer*].
Sail-les-Château-Morand (Loire).
Sail-les-Bains (Loire).
Saint-Christeau (Basses-Pyrénées).
Saint-Galmier (Loire).
Sainte-Marie et Siradan (Hautes-Pyrénées).
Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme).
Segrais (Loire).
Soultz-les-Bains (Bas-Rhin).
Soultzmatt (Haut-Rhin).
Uriage (Isère).
Vals (Ardèche).
Vic-sur-Cère (Cantal).
Vichy (Allier) [*service civil*].
Vittel (Vosges).

Parmi les rapports relatifs à la saison de 1856, il en est un certain nombre qui méritent d'être signalés à l'Académie, soit par l'esprit dans lequel ils ont été rédigés, soit par les documents utiles qu'ils renferment.

En voici l'analyse sommaire :

Digitized by Google

AMÉLIE-LES-BAINS (Pyrénées-Orientales). — M. le docteur *Génieys*, médecin-inspecteur.

Depuis quelques années, la thérapeutique hydro-minérale s'est enrichie d'un nouveau mode d'application des eaux, d'après lequel une partie, et quelquefois même la totalité des éléments qui entrent dans leur composition, sont introduits dans l'économie par les voies respiratoires. Des salles spéciales, dites d'*inhalation* ou de *respiration*, ont été construites dans plusieurs établissements, et l'on commence à y introduire l'usage d'appareils propres à diviser l'eau mécaniquement et à la réduire en un véritable brouillard.

M. le docteur Génieys, récemment appelé aux fonctions de médecin-inspecteur d'Amélie-les-Bains, a voulu, dès son entrée en fonction, résoudre expérimentalement les questions relatives aux indications et aux contre-indications des inhalations *sulfhydriques*. — Le tempérament du malade, la nature, les symptômes et les complications de la maladie sont autant de conditions dont il importe de tenir compte dans l'emploi de cette méthode de traitement.

Les sujets lymphatiques, à chair blanche et à fibre molle, en éprouvent généralement de bons effets; chez eux, l'inspiration du gaz sulfhydrique n'a pas l'inconvénient de déterminer des hémoptysies, si ce n'est dans le cas où le poumon, relativement très faible, se trouve sujet aux congestions sous l'influence de la cause la plus légère. — Plusieurs de nos confrères des eaux minérales ont affirmé, il est vrai, que les inhalations sulfhydriques, loin de causer l'hémoptysie, pouvaient en prévenir le retour. — Mais M. Génieys a observé tout autre chose à Amélie-les-Bains : « Toutes les fois, dit-il, qu'un sujet, ayant eu précédemment » des hémoptysies, a été soumis avec suite aux aspirations du gaz sulf- » hydrique, j'ai vu, après huit, dix séances, de dix minutes chacune, » l'hémoptysie revenir. » Aussi, notre confrère se tient-il sur la réserve, quant à ce qui regarde la médication dont nous parlons, lorsqu'il est en présence de malades disposés aux congestions, et surtout s'ils offrent les attributs du tempérament lymphatique ou nerveux.

La majeure partie des malades qui se rendent, en hiver, à Amélie-les-Bains, sont atteints de phthisie au second degré; chez un grand nombre d'entre eux on constate même l'existence de cavernes. Dans ces condi-

Digitized by Google

tions, quand il y a fièvre et marche ascendante de la maladie, M. Génieys s'abstient de recourir aux inhalations sulfhydriques. — Mais il n'hésite pas à les mettre en usage lorsque la maladie n'a pas dépassé le premier degré. Sous leur influence, après six ou huit séances, la voix devient plus claire, la toux plus rare et plus grasse, l'expectoration plus facile, etc. — Notre confrère rapporte deux observations d'accidents aigus survenus chez des phthisiques arrivés au troisième degré de la maladie, qui s'étaient obstinés, malgré ses avis, à séjourner dans la salle d'aspiration. L'un de ces malades était un homme de cinquante ans, sec, nerveux, doué d'un excellent appétit et jouissant d'un bon sommeil. Après un mois d'inhalation, il fut pris de fièvre, d'excitation nerveuse, de grande gêne dans la respiration, et il mourut en quelques jours. — L'autre malade était un jeune homme très lymphatique; il offrait de la matité sous la clavicule droite et des craquements humides au niveau de la fosse sus-épineuse. Il avait eu des hémoptysies. Chaque jour, il fit une séance de quarante minutes dans la salle d'aspiration, se plaçant le plus près possible du jet de gaz. Le retour des hémoptysies et de la fièvre le firent, mais trop tard, revenir de son erreur. Il eut grand'peine à retourner dans sa famille, et, quelques mois après, il succombait aux progrès de la maladie.

Les *bronchites chroniques*, les *pharyngites*, même quand elles sont granuleuses, les *laryngites* sont heureusement modifiées par les inhalations sulfhydriques. Il est presque inutile d'ajouter que, quand l'affection locale dépend d'une cause spécifique, il faut qu'un traitement convenable prépare l'action de la médication sulfureuse : ce serait le cas dans les laryngites dépendant du vice syphilitique (1).

C'est surtout dans les *catarrhes pulmonaires chroniques* avec expectoration très abondante, véritables *bronchorrhées*, et dans les *laryngites* liées à la fatigue de l'organe, que les aspirations du gaz sulfhydrique, employées avec méthode et régularité, donnent les meilleurs résultats. Il suffit, en général, d'une douzaine de séances pour apercevoir un commencement d'amélioration. La toux et l'expectoration de la bronchite

(1) Nous devons rappeler ici que, dans ces dernières années, l'Académie a reçu plusieurs communications importantes ayant pour but de mettre en évidence la propriété *révélatrice* des eaux sulfureuses dans la syphilis larvée, et les avantages qu'on peut en retirer comme adjuvant du traitement spécifique dans les accidents consécutifs de cette maladie.

Digitized by Google

diminuent après une augmentation momentanée; les râles à grosses bulles se limitent; les crachats spumeux de la bronchorrée deviennent plus épais et plus rares; la rougeur de la paroi postérieure du pharynx pâlit; la voix s'éclaircit, et, chez les aphones d'ancienne date, elle peut même reparaître. Pour consolider ce retour parfois inespéré, il faut user d'une grande prudence dans l'exercice d'une aussi importante fonction, que la fatigue ou le moindre refroidissement pourrait compromettre de nouveau.

Bien que le gaz sulfhydrique ait été préconisé comme jouissant de propriétés hyposthénisantes, et susceptible de calmer les palpitations de cœur, M. Génieys ne croit pas devoir en conseiller l'usage à ceux des visiteurs d'Amélie-les-Bains, qui éprouvent trop de gêne dans la circulation. Il s'impose la même réserve à l'égard des sujets disposés aux congestions vers la tête, ou qui ont éprouvé quelques atteintes d'apoplexie. Il cite, à cette occasion, l'exemple d'une dame de cinquante ans, grande et maigre, affligée depuis dix ans d'une surdité presque complète, et chez laquelle l'époque critique, arrivée quatre ans auparavant, avait amené plusieurs accidents, entre autres de la céphalalgie, des bouffées de chaleur et une sorte de vertige, quand la malade éprouvait quelque émotion ou subissait une grande fatigue. Dans le but de combattre la surdité, M. Génieys fit prendre à cette dame des douches locales de gaz sulfhydrique, tant par la bouche que sur le pavillon de l'oreille. Après une séance de dix minutes, elle entendait à merveille pendant une heure ou deux. Mais, au bout de quinze jours, on dut suspendre le traitement, parce que le rétablissement de l'ouïe était suivi de réaction, la surdité revenait plus complète, et elle s'accompagnait de vertiges et de vives douleurs à l'occiput, symptômes que notre confrère regarda comme précurseurs d'une attaque d'apoplexie.

Dans l'administration des vapeurs sulfhydriques et autres, deux écueils sont à éviter, *échauder* les malades ou les *enrhumer*. M. Génieys passe en revue, dans son mémoire, les appareils employés à cet usage, dans diverses stations thermales, et il montre combien les dispositions adoptées à Amélie-les-Bains laissent à désirer.

Il termine en réclamant de l'autorité supérieure un règlement administratif, sans lequel les malades ne peuvent être soumis à aucun contrôle, ni même défendus contre leurs propres témérités. Les douches,

Digitized by Google

les aspirations, les bains, pris d'une manière inopportune, lui paraissent présenter autant de dangers que telle drogue dont le pharmacien ne doit se dessaisir que sur ordonnance de médecin. Il regrette aussi que les notions incomplètes que possèdent un grand nombre de nos confrères, sur les qualités des eaux, dont ils conseillent l'emploi, les exposent trop souvent à introduire à cet égard, dans leurs consultations, des prescriptions d'une exécution impossible.

« La responsabilité du médecin-inspecteur, dit-il, est grande, s'il » veut bien réfléchir à sa position. Il a des devoirs envers les malades »qui fréquentent ses thermes, envers le public qui tient à être ren- » seigné, envers la science qui demande à fonder une statistique sérieuse, » et à lancer l'hydrologie dans la voie du progrès réel.

» Abandonné à ses propres forces, le médecin-inspecteur est impuis- » sant : il ne peut répondre ni de la guérison des malades qu'il ne » soigne pas, ni de la tenue de l'établissement où il ne commande pas, » ni de la création d'une statistique dont les premiers éléments lui » font défaut. »

BAGNOLS (Lozère). — M. *Dufresse de Chassaigne*, médecin-inspecteur.

L'établissement de Bagnols a été visité, en 1856, par 1080 malades. M. Dufresse de Chassaigne a rédigé des notes plus ou moins détaillées sur 395 : ces notes, disposées avec méthode, résumées dans un tableau récapitulatif et suivies des corollaires que notre confrère en a déduits, composent un des meilleurs rapports envoyés sur la saison.

Parmi les observations contenues dans ce rapport, nous nous arrêterons à celles qui sont relatives à l'*endocardite rhumatismale* : elles sont au nombre de *onze :* dans ces onze cas, on percevait un bruit de souffle bien manifeste entre les deux battements du cœur, dont le premier était fort et sec, et le second presque voilé. Chez la plupart des malades, le cœur offrait une augmentation de volume appréciable, à la percussion. La guérison a été immédiate dans *un* cas ; il y a eu amélioration plus ou moins considérable dans *neuf*. Comme résultat consécutif et définitif, *neuf* malades sur lesquels il a été possible de se procurer des renseignements exacts, ont éprouvé un soulagement équivalent à une guérison.

Dans ses précédents travaux sur l'endocardite, M. Dufresse de Chas-

Digitized by Google

saigne attribuait la production du bruit de souffle au passage du sang à travers l'orifice auriculo-ventriculaire rétréci, et l'augmentation du volume de l'organe à la dilatation passive de l'oreillette. Aujourd'hui il regarde cette explication comme incomplète, et se fondant, d'une part, sur l'existence d'un bruit de frottement bien manifeste, intermédiaire aux deux bruits du cœur, et, de l'autre, sur le retour de cet organe à son volume primitif, après la disparition des bruits anormaux, il admet que ces bruits dépendent tantôt d'un rétrécissement de l'orifice aortique, tantôt d'une insuffisance auriculo-ventriculaire, quelquefois même des deux lésions réunies, et, par suite, que l'accroissement du volume a son siége, soit dans l'oreillette, soit dans le ventricule, et, parfois, dans l'un et l'autre. — Peut-être notre confrère aurait-il réussi à mieux préciser le siége des lésions anatomiques en tenant compte du point exact de la paroi thoracique, où le bruit de souffle se fait entendre avec le plus d'intensité.

M. Dufresse de Chassaigne reconnaît, et tous les praticiens seront de son avis, qu'il est souvent fort difficile de déterminer les différentes lésions appartenant à l'endocardite rhumatismale, particulièrement quand elles sont multiples : il recommande, pour arriver à la solution du problème, d'examiner de préférence les malades le matin, au lit, et, s'il se peut, au réveil. Il estime, d'ailleurs, que le traitement thermal offre plus de chances de succès quand les obstacles occupent les cavités gauches, qu'ils ne sont ni trop multipliés, ni de trop ancienne date : toutefois, il fait observer que la dégénérescence cartilagineuse ou osseuse, que peut faire soupçonner la transformation du bruit de *souffle* en bruit de *râpe*, n'est point une contre-indication absolue à l'emploi des eaux minérales, ne fût-ce qu'en boisson, puisqu'on a vu se ramollir sous leur influence, le cal de certaines fractures récemment consolidées.

Le traitement habituellement suivi à Chaudesaigues consiste en bains à mi-corps, de trente à cinquante minutes de durée. M. Dufresse de Chassaigne en prescrit quatre à huit au début, suivant l'état avancé de la maladie et les effets qu'en éprouve le malade. Le premier bain est à 34 degrés centigrades : chaque jour on augmente la chaleur *d'un degré*, jusqu'à ce qu'elle en ait atteint 38. Le bain est pris à cette température pendant deux jours, et on recommence le troisième. Si ces bains sont

Digitized by Google

bien supportés, on en réduit la durée à trente minutes, du sixième au huitième, et, après le bain, le malade passe à l'étuve qui tout d'abord est à 39 ou 40°. Le premier jour il y reste cinq minutes, et s'il s'y trouve bien, il y prolonge son séjour deux à trois minutes de plus chaque fois, jusqu'à un quart d'heure. Dans le cas contraire, il n'y reste qu'autant qu'il n'en éprouve pas de fatigue. Au sortir de l'étuve, qui est une véritable salle d'inhalation, le malade, vêtu d'un caleçon et d'un peignoir de laine, est porté dans son lit. On entretient pendant trois quarts d'heure la transpiration qui s'établit, en faisant prendre au malade un bouillon et un verre d'eau minérale. Il change alors de linge, se repose une demi-heure et s'habille. Il boit, dans la matinée, deux ou trois verres d'eau thermale à 41 degrés, à un quart d'heure d'intervalle l'un de l'autre, et quelquefois un ou deux verres dans l'après-midi. M. Dufresse de Chassaigne a renoncé à l'usage du sirop de digitale, qu'il avait coutume de mêler, à la dose d'une cuillerée, dans le premier et le dernier verre d'eau minérale; il a reconnu que ce médicament trouble souvent les fonctions de l'estomac qu'il importe de conserver en bon état. Enfin, chaque jour, à quatre heures du soir, on administre un bain de pieds à 40°, à eau courante et pendant un quart d'heure. Pour ce qui est de la *douche*, elle ne s'emploie que rarement et seulement pour combattre des douleurs et des roideurs ayant leur siége dans des articulations éloignées du cœur. Dans ces cas, elle détermine une révulsion utile. En procédant ainsi graduellement, les malades supportent très bien le traitement, et la fièvre thermale passe même inaperçue chez un grand nombre d'entre eux.

En général, l'effet du bain de baignoire est des plus remarquables : sous son influence et au bout d'un quart d'heure, l'agitation du malade cesse, les battements du cœur se calment, le pouls se régularise et descend de 80 à 75, 72, 70. Dans les premiers jours, la sédation produite par le bain est passagère et ne dure que quelques heures : vers le dixième jour elle devient permanente. La santé générale s'améliore : les chairs se colorent, deviennent plus fermes, la marche est plus assurée, l'appétit plus vif, le sommeil plus calme et plus réparateur. Il n'y a plus ni réveils en sursaut, ni cauchemar, ni agitation subite. Tel qui, au début du traitement, pouvait à peine marcher pendant dix minutes sans s'arrêter, en arrive à faire des promenades de

Digitized by Google

plusieurs heures de durée sans en être incommodé, à monter des escaliers sans éprouver de palpitations ni d'essoufflement. Le jeu des valvules se rétablit, le sang circule plus librement à travers le cœur, dont le volume tend à revenir à l'état normal, l'œdème des membres inférieurs, qui revenait chaque jour, décroît peu à peu et finit par disparaître tout à fait.

Le traitement ne doit pas être exagéré et durer plus de dix-huit à vingt jours.

Un fait digne de remarque, c'est que l'amélioration acquise est durable et ne se perd que rarement. De nouvelles attaques de rhumatisme peuvent survenir et porter à peine leur action sur le cœur. Aussi les récidives sont-elles rares et présentent-elles peu de gravité.

M. Dufresse de Chassaigne pense que les malades doivent suivre un régime très régulier et assez sévère, pendant trois ou quatre mois, après leur départ des eaux : alimentation réparatrice, en s'abstenant toutefois d'excitants, comme liqueurs, café noir, poivre, épices, salaisons ; repos prolongé, pas de courses fatigantes ni de travaux trop pénibles; continence, etc. ; plus tard, ferrugineux, huile de foie de morue, etc.

Toutefois, il nous apprend que, malgré l'absence de ces soins, les bons effets obtenus peuvent se conserver, comme le prouve l'exemple d'un de nos confrères, qu'une endocardite rhumatismale, consistant en un rétrécissement très prononcé de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, avait presque condamné à renoncer à l'exercice de la médecine. Deux cures aux eaux de Bagnols, en 1857 et 1858, lui rendirent la santé et lui permirent, dès le lendemain de son arrivée dans le pays qu'il habite, de reprendre, sans en être fatigué, sa vie de labeurs, visites en ville, courses à la campagne, de nuit comme de jour, et même parties de chasse dans les montagnes.

M. Dufresse de Chassaigne se demande quel est, dans les eaux thermales employées avec succès contre l'endocardite rhumatismale, le principe minéralisateur auquel on peut faire honneur de la guérison. Il croit avoir quelque raison de penser qu'on doit en attribuer une grande part à la *silice*. Dans un travail sur le même sujet, présenté il y a quelques années à l'Académie, M. Vernière, médecin-inspecteur des eaux de Saint-Nectaire, s'est posé la même question, et il l'a résolue en admettant que le *bicarbonate de soude* est l'élément efficace des

Digitized by Google

eaux appliquées au traitement de la maladie dont il s'agit. Cette opinion reçoit un grand appui des observations publiées par M. le docteur Nicolas sur l'utilité des préparations alcalines, et, en particulier, des eaux de Vichy, dans certaines affections organiques du cœur. Nous devons rappeler que la pratique de M. Vernière diffère d'ailleurs notablement de celle de M. Dufresse de Chassaigne, et qu'à Saint-Nectaire il se borne à l'emploi de *bains entiers* à 35 degrés centrigrades. Cette différence, que nécessite peut-être celle de la composition chimique des sources de Chaudesaigues et de Saint-Nectaire, a été signalée dans le rapport rédigé par notre savant confrère, M. Pâtissier, au nom de M. Bouillaud et au sien, sur le mémoire de M. Vernière, que nous venons de rappeler, et sur un travail analogue de M. Dufresse de Chassaigne (1).

BOURBON-LANCY (Saône-et-Loire). — M. le docteur *Rérolle*, inspecteur-adjoint.

Dans les mémoires joints à ses précédents rapports annuels, M. Rérolle a examiné successivement les différentes formes du rhumatisme fixé sur les organes externes. — Le travail, dont nous allons présenter l'analyse, est consacré à l'étude du rhumatisme interne ou viscéral.

M. Rérolle admet que tous les organes peuvent être atteints par cette cause morbide, dont la combinaison avec les vices scrofuleux, syphilitiques et dartreux, engendre des états pathologiques habituellement chroniques, contre lesquels échouent si souvent tous les efforts ordinaires. — Notre confrère s'étonne que l'existence des rhumatismes viscéraux, qui, chaque année, se présentent à Bourbon-Lancy en nombre progressivement croissant, ne soit pas plus fréquemment admise par les praticiens; il rattache à cette maladie beaucoup d'affections vagues, indéterminées, désignées sous le nom d'*irritations*, et combattues en vain par les calmants, les antiphlogistiques, etc.

Sans pouvoir préciser d'une manière rigoureuse le rapport numérique qui existe entre les deux grandes variétés de rhumatismes internes et externes, M. Rérolle donne, pour la première saison de 1856, le chiffre de 40 des premiers contre 60 des seconds pour un total de 252 malades. Les années précédentes, ce rapport était un peu moins élevé.

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1854, t. XX, p. 198.

Digitized by Google

Le rhumatisme viscéral est quelquefois primitif, c'est-à-dire que la maladie se montre d'emblée sur les organes internes, sans que les organes externes en aient été d'abord attaqués. — M. Rérolle cite, à l'appui de cette proposition, l'exemple d'un homme de cinquante-cinq ans, ancien maître tonnelier, d'une constitution robuste, qui, depuis huit années, était en proie à une maladie d'une mobilité extrême : tantôt elle consistait en violentes douleurs crâniennes avec vertiges et insomnie; tantôt la tête était libre, mais l'estomac était en souffrance; il y avait anorexie, sensation de brûlure descendant de la gorge au ventricule, digestions difficiles et douloureuses, météorisation et éructations.

—D'autres fois, c'était le tour de la membrane muqueuse du poumon : le malade était en proie à des quintes d'une toux profonde et pénible, accompagnée d'une légère expectoration glaireuse, et qui semblait due à des secousses convulsives du diaphragme. — Chacune de ces séries de symptômes ne suivait pas une marche continue et régulière, mais elle offrait des alternatives de calme et d'exaspération, qui paraissaient surtout liées aux influences atmosphériques. — D'ailleurs le malade n'avait jamais éprouvé de douleur rhumatismale extérieure, ni avant le début, ni pendant le cours de cette affection bizarre, contre laquelle on avait employé, avec plus ou moins de ténacité et d'énergie, mais jamais avec un succès durable, les divers moyens antiphlogistiques révulsifs ou calmants. — Une première cure, à Bourbon-Lancy, amena une légère amélioration. Après la seconde année, les symptômes internes disparurent presque complétement, et des douleurs se montrèrent, soit dans les articulations, soit dans la continuité des membres. Ces douleurs persistèrent, et, à partir de ce moment, la santé, sans être parfaite, se maintint bonne.

Le rhumatisme viscéral *secondaire* se divise en deux classes : à la première appartient celui qui attaque les organes internes, sans abandonner les parties extérieures sur lesquelles il s'était primitivement fixé; dans la seconde classe se range le rhumatisme qui ne se jette sur les organes internes qu'après avoir brusquement quitté les parties externes qu'il avait d'abord envahies. Ici, la maladie se déplace; là, elle ne fait que prendre de l'extension. Cette dernière forme est beaucoup moins grave que l'autre, qui constitue la *métastase* rhumatismale. — Bien que cette métastase se présente plus rarement dans le rhumatisme

Digitized by Google

que dans la goutte, et dans la forme chronique de la maladie que dans la forme aiguë, cependant on ne laisse pas d'en observer encore un assez grand nombre d'exemples qui offrent habituellement, comme caractère commun, que la disparition des accidents internes dépendant de la cause rhumatismale coïncide avec le retour des anciennes douleurs. — M. Rérolle cite plusieurs observations de ce genre.

En voici le résumé : 1° une femme de cinquante-deux ans, d'une constitution délicate et d'un tempérament nerveux, était depuis longtemps sujette à des douleurs lombaires, siégeant au côté gauche, et d'une intensité variable. Ces douleurs disparurent d'elles-mêmes, et, quelques jours après, on constata un changement complet dans le moral de la malade, changement dont aucune cause connue ne pouvait rendre raison : de bonne et affectueuse qu'elle était, elle devint indifférente à tout ce qui l'entourait; sa gaieté habituelle fit place à une sombre tristesse; le sommeil se perdit, ainsi que la mémoire et l'appétit, etc.

Sous l'influence des eaux de Bourbon-Lancy administrées en bains prolongés, douches vigoureuses sur le point anciennement douloureux, et pédiluves, les douleurs lombaires recommencèrent à se faire sentir dès le dixième jour du traitement, et ce retour coïncida avec un notable amendement dans les symptômes précipités. Au dix-huitième jour, terme de la cure, l'amélioration était encore plus évidente. — Plus tard, le rétablissement fut complet, mais les douleurs locales ne quittaient plus la malade, qui éprouva par la suite quelques rechutes légères et de courte durée, coïncidant toujours avec la disparition des douleurs lombaires.

2° Un marchand de fer, âgé de cinquante-deux ans, fortement constitué et doué d'un tempérament sanguin, vit disparaître spontanément des douleurs rhumatismales légères, mais continues, qu'il ressentait depuis longtemps aux membres inférieurs. Bientôt après, la vue commença à s'altérer du côté droit; les objets semblaient tronqués à leur partie externe, comme par l'interposition d'un écran. Les progrès de ce trouble visuel étaient lents, mais toujours croissants. — Le traitement thermal, consistant en pédiluves et douches sur les extrémités inférieures, détermina des sueurs abondantes, un arrêt dans la marche de l'amaurose, et le retour des anciennes douleurs. L'année suivante, les

Digitized by Google

douleurs persistaient, et le malade ne se plaignait plus de l'altération de sa vue.

3° Un homme âgé de quarante ans, d'une forte constitution, éprouvait, de longue date, des douleurs dans presque tous les organes internes, mais aucune dans les externes. A l'époque où il consulta M. Rérolle, il souffrait d'une fatigue extrême des yeux, et, pour écrire une simple lettre, il lui fallait s'interrompre à plusieurs reprises. Le pouls était intermittent, et la moindre émotion déterminait des palpitations violentes. Le cœur n'était, d'ailleurs, le siége d'aucun bruit anormal.—Cet état de la circulation ne permettant pas l'emploi de moyens plus énergiques, on se borna à l'usage de bains de pieds et de bains tempérés, et d'une boisson édulcorée avec le sirop de digitale. —A son départ de l'établissement thermal, le malade offrait une amélioration notable de la vue, qui, quelques mois après, se trouvait complétement rétablie ; la santé était meilleure, mais les articulations des deux pieds étaient le siége de vives douleurs.

D'après les faits que nous venons d'emprunter à M. Rérolle, le *rhumatisme viscéral* peut donc être *primitif*, *métastatique* ou *mixte*, c'est-à-dire compliqué de douleurs externes.

La forme *métastatique* étant, sans contredit, la plus grave, il n'est pas hors de propos de se demander si le traitement thermal ne pourrait pas en provoquer le développement, et, par conséquent, s'il existe des formes rhumatiques que l'on doive respecter, et à quels signes on peut les reconnaître.

M. Rérolle n'hésite pas à admettre que le traitement thermal, lorsqu'il est mal dirigé ou mal exécuté, ne puisse faire naître des accidents imputables à tort à la métastase rhumatismale. Les douches et les bains de vapeur déterminent, comme chacun sait, des symptômes d'excitation qui persistent jusqu'au moment où se montre la sudation, qui est comme le signal de la détente générale. Que cette sudation ne se manifeste pas, au lieu de la détente dont il vient d'être parlé, il restera une certaine agitation semi-fébrile, qui persistera pendant une partie de la journée. La répétition quotidienne de cet état anormal pendant une période ou saison thermale, serait, suivant toute probabilité, le point de départ d'une congestion cérébrale ou autre. — Mais ces accidents n'ont rien de commun avec ceux qui caractérisent la véritable métastase

Digitized by Google

rhumatismale. On en prévient, d'ailleurs, le développement, en modifiant et même suspendant la médication excitante, que l'absence de sudation, qui en est le complément indispensable, ne peut manquer de rendre préjudiciable au malade.

En dehors de ces cas et de quelques autres états morbides, dans lesquels il faut s'abstenir de toute provocation aux sudations, on ne peut nier qu'il existe certaines formes de rhumatisme qu'il est dangereux d'attaquer directement par la douche, sous peine d'en provoquer la rétrocession vers les organes internes.— Ce sont, en particulier, ces engorgements articulaires, siégeant aux extrémités inférieures, et, plus spécialement, à l'articulation tibio-tarsienne. Ils sont compliqués de rhumatisme interne, dont l'aggravation coïncide toujours avec la disparition momentanée de la tumeur externe.

I. Un notaire des environs de Lyon, âgé de trente-neuf ans, d'un tempérament nerveux et d'une constitution assez frêle, était affecté d'un rhumatisme qui siégeait à la tête et très souvent sur les intestins. Il présentait, en même temps, une tumeur synoviale, placée à l'articulation tibio-tarsienne du côté droit. Cette articulation était tantôt engorgée et douloureuse, tantôt indolente et presque entièrement libre. Les douleurs céphaliques et intestinales suivaient une marche tout à fait inverse. — Arrivé en 1852 à Bourbon-Lancy, ce malade fut soumis à un traitement consistant en bains entiers et douches dirigées sur l'engorgement articulaire. — Pendant les quinze premiers jours, il ne se présenta rien de particulier. Les sudations étaient faciles, mais non excessives. Le malade allait de mieux en mieux, en remarquant toutefois que l'amélioration n'était jamais générale, et que, quand l'état des organes internes s'améliorait, celui de la jambe empirait, et *vice versâ*. — Dans la soirée du quinzième jour, une céphalalgie des plus violentes se déclara, accompagnée de frisson, et, plus tard, d'une grande accélération du pouls, qui monta rapidement à 130 : agitation extrême, parole saccadée, tristes pressentiments, subdélirium, faciès coloré, œil brillant et injecté. — En même temps, la tumeur articulaire avait complétement disparu, et la pression locale ne déterminait aucune douleur. — Des cataplasmes sinapisés furent appliqués sur l'articulation, et maintenus en place jusqu'à vésication ; de l'eau froide sur la tête et quelques boissons calmantes complétèrent le traitement. Vers une heure du matin, les acci-

Digitized by Google

dents diminuèrent d'intensité, et bientôt la fièvre tomba, la cheville devint gonflée et très douloureuse; la tête resta encore un peu endolorie. — Après deux jours de repos, le malade reprit son traitement, avec cette modification que les douches furent dirigées sur la totalité du corps, *à l'exception de l'articulation malade.* — Aucun accident ne vint entraver la cure thermale. Pendant les trois mois qui suivirent son départ des eaux, le malade continua à éprouver quelques douleurs à la tête. Mais, plus tard, la guérison fut complète, aussi bien pour les organes internes que pour l'articulation.

II. Une femme, âgée aujourd'hui de trente-huit ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament nervoso-sanguin, fut prise il y a vingt-trois ans, à la suite d'une marche forcée, d'une douleur et d'un léger engorgement à la cheville du pied droit; quelques années après, elle éprouva des douleurs rhumatismales, d'abord au col de la vessie, puis dans les jambes et dans l'estomac. — Ces douleurs revenaient par crises, particulièrement au printemps et à l'automne. Elles étaient assez violentes au début, mais la cheville n'était douloureuse qu'après une marche un peu longue, elle devenait alors le siége d'un engorgement plus considérable. — On observait, d'ailleurs, une relation constante entre la maladie articulaire et les troubles fonctionnels des organes internes. Depuis deux ans, le rhumatisme avait envahi l'appareil respiratoire. Pendant l'hiver, la malade éprouvait des quintes, d'une toux profonde et saccadée, dont elle obtenait, à coup sûr, la diminution rapide, en se livrant à une marche un peu longue, qui ne manquait pas de déterminer l'engorgement de l'articulation tibio-tarsienne. — Il y a quelques années, pendant un traitement consistant seulement en bains généraux tempérés, deux douches sur l'articulation renouvelèrent immédiatement tous les accidents internes, et cette circonstance décida M. Rérolle à en interdire l'emploi, d'une manière absolue.

Nous avons cru devoir donner une analyse un peu détaillée du travail de M. Rérolle, parce que, indépendamment de l'importance qu'il présente sous le rapport pratique, il offre un intérêt d'actualité, à raison de la tendance qui se manifeste parmi nos jeunes confrères des hôpitaux à revenir aux anciennes idées sur le rhumatisme viscéral et la métastase rhumatismale.

Digitized by Google

BOURBON-L'ARCHAMBAULT (Allier). — M. le docteur *Regnault*, médecin-inspecteur.

Les sources thermales de Bourbon-l'Archambault sont des eaux chloro-carbonatées sodi-calciques : elles contiennent en outre du fer, du brome, de l'iode et de l'arsenic. Elles jouissent d'une efficacité incontestée, dans le traitement du rachitisme, des adénites, des engorgements glandulaires et de toutes les formes de l'affection scrofuleuse. Leur renommée, à cet égard, remonte à l'époque gallo-romaine, et, pour ne parler que des temps modernes, elles étaient pendant, les XVI^e^, XVII^e^ et XVIII^e^ siècles, le rendez-vous habituel des personnages les plus considérables de la France et de l'étranger. Aujourd'hui, sans avoir rien perdu de leurs qualités curatives, elles sont délaissées, et les visiteurs paraissent se diriger de préférence vers les thermes de l'Allemagne. M. Regnault attribue cet abandon immérité à l'état d'exiguïté et d'insuffisance de l'établissement, qui ne répond ni aux habitudes, ni aux exigences actuelles. Il est convaincu que les jours de prospérité ne tarderaient pas à revenir pour ces excellentes eaux, si l'État, qui en est propriétaire, leur appliquait des ressources convenables, ou s'il en confiait l'exploitation à l'industrie privée.

La saison thermale de 1856 débuta sous les auspices les plus défavorables : du 1^er^ mai au 24 juin, on compta peu de jours sans pluie ; de là une humidité atmosphérique extrême, et, par suite, une constitution catarrhale qui vint aggraver les maladies chroniques d'une complication fâcheuse. Les baigneurs dont la cure se trouva comprise dans la période précitée, n'éprouvèrent que très incomplétement les effets immédiats que détermine l'usage quotidien des eaux, quand il est favorisé par une température chaude et sèche. Tels sont, en particulier, la sueur, l'exanthème, appelé *poussée*, et les symptômes de réaction sur les organes digestifs et respiratoires. Ces effets ont dû se faire particulièrement sentir sur les malades de l'hospice civil et sur les militaires, dont l'époque d'arrivée et de départ est rigoureusement fixée à l'avance.

Il n'est donc pas surprenant que des malades de cette catégorie, atteints incidemment de rhumes parfois très graves, et ne voulant pas, néanmoins, perdre le bénéfice de leur séjour à l'hospice thermal, aient persisté à se baigner et à se doucher, malgré les injonctions contraires

Digitized by Google

du médecin. Ajoutons que, sauf quelques exceptions, aucune conséquence fâcheuse ne les a fait se repentir de leur témérité. Ces malades, après avoir toussé toute la nuit et avoir eu le soir une fièvre assez prononcée, accompagnée d'oppression, de sifflement des bronches, d'expectoration pénible, éprouvaient un sentiment de bien-être très marqué, sous l'influence du bain chaud et de la douche; ils se trouvaient d'ailleurs soumis à l'inhalation thermale, pendant toute la durée de leur séjour sous les voûtes surbaissées des piscines de l'hospice, au sein d'une atmosphère saturée d'eau minérale à l'état d'extrême division par le jeu de quatre douches très chaudes fonctionnant sans interruption sur le bord même du bassin. Enfin, aucune tisane ne leur semblait plus béchique que l'eau thermale à 50 degrés. Malheureusement, en sortant de cette haute température, ces malades, mal essuyés, les jambes nues, couverts d'un drap ou d'une étroite capote de laine, ne pouvaient regagner leur lit qu'en suivant des corridors et des escaliers ouverts à tous les vents; les lits eux-mêmes, placés dans de vastes dortoirs non plafonnés, traversés par de nombreux courants d'air, étaient froids et à peine garnis de couvertures suffisantes pour entretenir la sueur provoquée par la douche. Malgré ces conditions défavorables, dues à la constitution atmosphérique régnante, M. Regnault a réussi à faire jouir les malades de l'hospice des avantages du traitement hydrominéral. Ces faits sont dignes d'intérêt, et déjà plus d'une fois nos confrères des stations thermales ont observé que les conditions météorologiques n'exercent pas sur les résultats définitifs du traitement par les eaux minérales toute l'influence qu'on serait tenté de leur attribuer de prime abord.

Le retour des beaux jours détermina, en juillet, l'affluence des malades rétardataires, et causa un encombrement qui fit sentir plus vivement que jamais l'insuffisance de l'établissement, et en particulier des réservoirs réfrigérants. Cette affluence compensa d'ailleurs la rareté des visiteurs de la première période, et, somme toute, le chiffre total des baigneurs n'a pas été inférieur, pour la saison entière, à celui des précédentes années.

M. Regnault s'est appliqué, dans son rapport, à faire ressortir les avantages que l'on peut obtenir de l'emploi des eaux de Bourbon-l'Archambault, dans le traitement de la phthisie pulmonaire, quand elle

Digitized by Google

se présente comme complication d'autres maladies constitutionnelles, et en particulier du rachitisme, de la scrofule, de la chlorose, du rhumatisme, de la syphilis, et enfin de certaines affections viscérales chroniques. Le travail de notre confrère renferme douze observations qui prouvent que le praticien ne reste pas toujours complétement désarmé en présence des plus graves désordres. On reste convaincu, en les lisant, qu'avec une connaissance suffisante et une application judicieuse et quelquefois hardie des ressources de son art, le médecin peut rendre à la santé des malades dont la perte semblait inévitable et prochaine. Nous en citerons quelques exemples.

I. R..., âgé de vingt-huit ans, a toujours été faible et maladif : peau blanche, cheveux blonds, ventre énorme, membres grêles, poitrine rétrécie. Déclaré impropre au service militaire pour faiblesse de constitution, il ne s'en est pas moins marié, et la naissance de trois enfants en peu de temps, jointe à l'impossibilité de se livrer à des travaux pénibles, mais lucratifs, le réduisirent bientôt à une extrême misère. Il habite une chaumière basse, mal aérée, froide et humide, et ne peut se procurer que des aliments grossiers et en quantité souvent insuffisante. Habituellement *enrhumé*, il tousse et crache beaucoup; bientôt les ganglions du cou s'engorgent, surtout du côté gauche; la tumeur dure, solide adhérente, qui résulte de cet engorgement, s'étend jusqu'à la clavicule et force la tête à s'incliner fortement à droite. Cette masse ganglionnaire énorme se ramollit successivement en plusieurs points et donne lieu à un vaste écoulement percé de plusieurs ouvertures déchiquetées et de couleur violacée: Plus tard, une masse ganglionnaire semblable se développe sous l'aisselle, offrant la même marche et la même terminaison. En même temps, la toux devient plus opiniâtre : râle muqueux en arrière et des deux côtés de la poitrine, matité et absence du bruit respiratoire au sommet, bronchophonie, fièvre et sueur nocturnes.

Admis à la fin de mai, à l'hospice thermal, moins pour suivre le traitement que pour y trouver la propreté, l'alimentation et les soins dont il est complétement dénué, R... boit néanmoins quelques verres d'eau minérale, il en lave ses plaies, il passe une heure, chaque matin, dans la piscine, et aspire, en même temps, l'eau tenue en suspension dans la vapeur. Sous l'influence de ces conditions, son état semble s'aggraver : la fièvre est plus intense, la suppuration et les crachats plus

Digitized by Google

abondants; la toux plus opiniâtre réclame l'emploi des opiacés. — Sortie de l'hôpital après vingt jours; secours à domicile, continuation de l'opium en pilules, le soir. — Prompt appaisement de tous les symptômes : frictions et pansements avec la pommade d'iodure de plomb. —Rentrée à l'hôpital le 20 août : bains, lotions et inhalation d'eau thermale, qui est également prise en boisson ; retour de l'appétit et du sommeil ; toux, expectoration et suppuration notablement diminuées, et celle-ci de meilleure nature. Le décollement, qui atteignait la clavicule, ne fait plus de progrès, le fond des ulcères est vermeil, on excise les brides et les franges violacées. — A l'auscultation, on constate, sous les clavicules, du souffle et l'absence du bruit respiratoire. — L'hiver se passe péniblement : catarrhe permanent avec exacerbations ; crachats striés, etc. — Mais l'année suivante, le traitement thermal est repris et achève la guérison de R.... Pour qu'il puisse rester plus longtemps soumis à l'inhalation hydro-minérale, M. Regnault le fait admettre comme garçon de bains et doucheur dans l'établissement, où il remplit pendant trois ans ces fonctions pénibles mais salutaires. — Aujourd'hui il est cantonnier sur une route impériale.

II. M. D..., âgé de dix-huit ans, né de parents sains et bien portants, est blond, pâle, imberbe, lymphatique; il avait toujours joui d'une bonne santé, quand, en 1853, il fut atteint d'un rhumatisme articulaire général, qui passa promptement à l'état chronique, et causa les plus graves désordres dans toutes les articulations : gonflements, déformations, flexions, rétractions musculaires, etc., qui condamnèrent M. D... à une immobilité absolue ; plus tard, il put se servir de béquilles, mais avec peine, à cause de l'extrême sensibilité des poignets et des doigts, et du peu d'étendue des mouvements qu'il pouvait exécuter. — Comme complication du rhumatisme survinrent une petite toux sèche et des palpitations : gonflement des amygdales, crachats abondants et grisâtres, sueurs considérables, pâleur et maigreur extrêmes.

M. D... arriva à Bourbon-l'Archambault en 1855, de plus en plus impotent, et présentant, du côté de la poitrine, les symptômes suivants : respiration courte, points de côté ; assez fréquemment, douleurs instantanées et vives à travers la poitrine, matité sous les clavicules, craquements, bruit respiratoire très obscur.

(Bains de demi-heure, deux verres d'eau en boisson : douche chaude

Digitized by Google

mais très légère sur les membres inférieurs et sur les mains, en évitant de toucher la poitrine : soin scrupuleux d'éviter l'humidité du soir. — Suspension du traitement le jeudi et le dimanche.

Sous l'influence de ce traitement, l'appétit se développe, la toux devient plus rare et plus profonde. Les articulations acquièrent plus de souplesse. — Départ après trente-quatre bains.

L'effet consécutif des eaux a été lent à se manifester ; mais l'hiver s'est passé sans accidents du côté de la poitrine. — Nouvelle cure thermale en 1856 : à la fin de juin, M. D... a repris de la fraîcheur, de l'embonpoint et de la gaîté : malgré l'incurvation de quelques phalanges, les doigts se fléchissent complétement, la jambe droite est dans l'extension normale ; seul, le talon gauche n'atteint pas encore le sol, mais à la fin de la saison la claudication est à peine sensible. — Tout symptôme pulmonaire a disparu.

III. Madame de C..., âgée de trente-six ans, livrée dès sa jeunesse au libertinage et aux excès de tout genre, était maigre, sèche et flétrie. Elle souffrait d'une roideur douloureuse du genou, et, plus encore, de prétendues névralgies faciales liées vraisemblablement à la diathèse syphilitique. A ces symptômes s'en joignent d'autres du côté de la poitrine, qui, peut-être, avaient la même origine : toux opiniâtre, essoufflement, expectoration grisâtre et visqueuse, voix éraillée, parfois presque éteinte, coloration des pommettes le soir, sueurs nocturnes. — A l'auscultation, on constatait de la matité sous claviculaire, quelque crépitation, de la bronchophonie, et, parfois, un sifflement broncholaryngien. — Des demi-bains, de légères douches chaudes sur le genou, une petite douche d'irrigation sur le front et la mâchoire, et deux verres d'eau minérale en boisson, composèrent le traitement, sous l'influence duquel le genou ne tarde pas à s'assouplir et l'aspect terne et plombé de la peau à disparaître. Les douleurs crâniennes persistèrent. Quelques mois après son départ, madame de C... avait repris de l'embonpoint : le timbre de sa voix n'éprouvait plus de variations, et les symptômes pulmonaires se trouvaient réduits à un caractère de bénignité, qui faisait espérer une guérison complète. — M. Regnault regarde ce résultat comme d'autant plus remarquable, que, dans aucun cas, la tuberculisation ne lui a paru plus évidente.

Digitized by Google

IV. Le fait suivant, bien qu'il ne se rattache pas aux diathèses précédemment énoncées, n'en mérite pas moins d'être signalé, comme prouvant l'efficacité des eaux de Bourbon-l'Archambault, contre la phthisie pulmonaire qui complique d'autres affections organiques.

Madame J..., née d'une mère morte phthisique, s'est mariée tard à un officier, qu'elle a dû suivre dans ses diverses garnisons, et dont elle a eu trois enfants à de courts intervalles. A la suite d'un voyage pénible exécuté en hiver, aussitôt après sa dernière couche, péritonite grave et procidence de l'utérus. Le moindre exercice dans la chambre causait une vive inflammation du col utérin, qui réclamait de fréquentes applications de sangsues. — Toux opiniâtre datant de la première grossesse, accompagnée d'extinction de voix, sifflement, expectoration épaisse, visqueuse, grisâtre; à l'auscultation, matité prononcée sous la clavicule droite, avec absence du bruit respiratoire et bronchophonie. — Les efforts de la toux déprimaient incessamment l'utérus, dont l'irritabilité ne permettait l'emploi d'aucun appareil contentif. — Madame J... était d'une extrême pâleur; le soir, ses joues se coloraient sous l'influence de la fièvre, et, dans la nuit, sueurs abondantes, suivies d'une effrayante prostration; constipation, fréquentes envies d'uriner, gonflement vulvaire, saillie permanente du col utérin entre les grandes lèvres.

M. Regnault cédant aux instances de la famille, qui était décidée à laisser séjourner la malade à Bourbon deux et même trois ans s'il le fallait, tenta d'administrer les eaux. Après bien des tâtonnements, il parvint à pratiquer des irrigations vaginales, puis des douches écossaises sur le bassin et les cuisses. Au bout de six mois, l'utérus put être contenu par une ceinture hypogastrique. Après bien des alternatives subies pendant l'hiver, l'engorgement du sommet du poumon droit se dissipa à la fin de l'été suivant. — Depuis huit ans, madame J... a recouvré la santé, elle a pris de l'embonpoint, et il ne lui reste de son ancienne maladie, que la nécessité de porter sa ceinture hypogastrique.

V. Madame D... (de Bourbon), âgée de trente-neuf ans, grande, maigre, brune, teint coloré, a le dos voûté et la poitrine excessivement étroite. Elle est restée huit ans, après son mariage, sans avoir d'enfants; cette stérilité attribuée à un état congestif de l'utérus, a nécessité l'usage mensuel de la saignée. Elle eut alors deux grossesses qui se termi-

Digitized by Google

nèrent heureusement; mais ses forces en reçurent une fâcheuse atteinte. — De tout temps, madame D... a toussé et craché, elle a eu de gros rhumes tous les hivers; son médecin ordinaire a observé constamment chez elle du râle muqueux dans des points variables du poumon, beaucoup d'obscurité dans le bruit respiratoire au sommet et particulièrement du côté gauche. Il croit qu'il s'opère chez la malade un travail de tuberculisation lente, et est confirmé dans son opinion par le renfoncement de la poitrine, qui se prononce de plus en plus, par l'auscultation, la faiblesse de la voix, la fréquence du mouvement fébrile, que la cause la plus légère fait naître, et enfin par le caractère des crachats. — Au mois de juin 1856, madame D... fut atteinte d'une pneumonie de la base et à gauche, que l'on combattit par les ventouses scarifiées, le tartre stibié et les vésicatoires. Des complications du côté du péricarde et des voies digestives retardèrent la guérison, et vers le quarantième jour, survint une énorme parotidite, occupant toute la région temporo-mastoïdienne gauche; l'écartement des mâchoires ne pouvait avoir lieu et l'on se trouva réduit, pour sustenter la malade, à faire passer quelques boissons dans l'intervalle laissé par la petite molaire droite, précédemment arrachée. La tumeur parotidienne, dure et mamelonnée, devint le siége d'un érysipèle qui envahit progressivement et lentement la totalité de la face, le cuir chevelu et le cou, et ne s'arrêta qu'entre les épaules et au-dessous des clavicules. La tumeur se ramollit, s'abcéda, et s'ouvrit successivement sur plusieurs points, sous l'arcade zygomatique, dans l'oreille et vers l'angle de la mâchoire, donnant issue à une suppuration abondante et fétide; puis il se fit un vaste décollement de la peau qui ne s'arrêta qu'à la clavicule. Une tumeur analogue par son aspect, sa marche et sa terminaison, survint au tiers inférieur du tibia gauche.

Trois mois suffirent à peine à l'évolution de tous ces accidents, lorsqu'enfin la malade entra en convalescence, mais épuisée, ayant à peine la force de tousser. Il y avait paralysie de la septième paire, immobilité de l'œil, surdité, insensibilité de la moitié gauche de la face, déviation extrême de la bouche et de la branche gauche de la mâchoire, difficulté considérable de la déglutition, enfin hépatisation de la partie antérieure du lobe inférieur du poumon gauche, râle muqueux dans la partie moyenne, matité et absence du bruit respiratoire au sommet. Ces signes

Digitized by Google

sthétoscopiques persistaient encore au moment où la malade, exténuée par la toux, l'expectoration et l'abstinence forcée à laquelle la condamnait sa paralysie faciale, arriva à Bourbon-l'Archambault en mai 1857.

Le traitement consista d'abord en pédiluves très chauds, pendant la durée desquels la malade, bien enveloppée d'une blouse de caoutchouc, promenait un petit jet d'eau thermale sur les parties paralysées en dedans et en dehors de la bouche. Cette douche produisait une vapeur épaisse, dont l'inspiration, loin de fatiguer la malade, lui causait un bien-être notable. On en prolongea la durée, et le bain de pieds fut converti en demi-bain de corps. Ce traitement fut pratiqué tous les deux jours et favorisé par la température exceptionnelle de la saison. Enfin, madame D... se trouva guérie de sa paralysie faciale, de son oppression et des désordres pulmonaires antérieurs à sa pneumonie. Six mois après son départ, M. Regnault ayant pu, à l'occasion d'une attaque de grippe, examiner de nouveau la poitrine de cette dame, reconnut la persistance de l'état d'hépatisation du bord antérieur du poumon, en avant du péricarde, état qu'il estime devoir être définitif; partout ailleurs la respiration se faisait entendre, faible, il est vrai, mais cependant assez nette pour faire repousser tout soupçon de tuberculisation actuelle.

Notre confrère attribue une partie des résultats qu'il obtient aujourd'hui à Bourbon-l'Archambault, à la variété et au perfectionnement du mode d'administration des eaux. Autrefois, le médecin n'avait à sa disposition que des appareils primitifs et grossiers; à peine pouvait-on abaisser la température de l'eau à un degré supportable sous forme de douches. Le bain n'était tolérable qu'à la condition d'y mêler une proportion notable d'eau froide ordinaire. La douche la plus tempérée avait encore 40 degrés. Le calibre et la rigidité des tuyaux de cuir par lesquels elle s'écoulait, n'en permettaient l'application qu'aux surfaces extérieures. L'emploi du caoutchouc vulcanisé à la confection des tuyaux de douches et l'installation de réservoirs réfrigérants donnent le moyen de faire varier la température et la forme de la douche selon toutes les exigences des indications thérapeutiques. Lorsque la sensibilité naturelle ou morbide des organes ne permet pas de les exposer au jet direct du liquide, on en modère l'impulsion en plongeant le malade dans un bain et dirigeant le jet à travers une couche d'eau plus ou moins épaisse: c'est ce que M. Regnault appelle la *douche marine*, qu'il emploie particulière-

Digitized by Google

ment dans les maladies siégeant au périnée, aux testicules, aux aisselles, à l'épigastre, etc., ainsi que dans les cas de cicatrices récentes, de trajets fistuleux, d'engorgements douloureux des articulations, etc.

BOURBONNE-LES-BAINS (Haute-Marne). — Hôpital militaire : M. le docteur *Cabrol*, médecin principal en chef.

Chargé depuis deux ans de la direction du service médical de l'hôpital militaire de Bourbonne, M. le docteur Cabrol a substitué au registre d'observations qu'il était d'usage d'envoyer à l'Académie, pour chaque saison thermale, une copie du rapport médical rédigé par lui pour le conseil de santé des armées. Cette substitution est des plus heureuses ; le registre précédemment envoyé ne représentait qu'une simple table analytique des faits, tandis que le rapport dont il s'agit contient la véritable image de la clinique thermale, et fait connaître les relations qui existent entre les différents groupes de maladies et les divers modes d'application des eaux.

Le prédécesseur de M. Cabrol, M. le docteur Villaret, dont l'Académie a plus d'une fois apprécié et récompensé le zèle, avait posé à Bourbonne les bases d'une observation clinique méthodique qui, en accumulant et en groupant les faits, ne pouvait manquer de conduire à les systématiser et à établir, pour cette localité, une sorte de doctrine médicale d'où découleraient les méthodes de traitement. — M. Cabrol a cherché à étendre et à compléter cette idée pratique, par la création, dans l'établissement, d'un cabinet spécial de statistique, vers lequel convergent incessamment tous les renseignements journaliers qui ont une relation quelconque avec l'art médical ; ce cabinet spécial, unique en son genre, est confié à M. le docteur Tamisier, médecin militaire, qui fréquente les eaux depuis six ans et réunit les qualités que réclame ce genre d'études pratiques. — Le rapport adressé à l'Académie par M. Cabrol, pour les saisons de 1855 et 1856, est rédigé d'après 1500 observations particulières relevées et coordonnées comme il vient d'être dit.

Une autre innovation qui mérite d'être signalée est l'association au traitement thermal externe de quelques eaux minérales froides prises à l'intérieur. M. Cabrol a été guidé en cette circonstance par cette considération que les militaires malades, qui n'ont pas le libre choix

Digitized by Google

de l'établissement dont la fréquentation doit leur rendre la santé, présentent pour la plupart des affections internes qui compliquent leurs blessures. En conséquence, on distribue aux malades, au moyen d'une buvette créée à cet effet, des eaux de Vichy, de Contrexeville, de Vittel, etc. — Depuis deux ans que ce traitement mixte est institué, la pratique a fait voir que, loin de diminuer l'action des eaux de Bourbonne, l'association des eaux minérales froides naturelles prises en boisson est un adjuvant utile qui, dans un grand nombre de cas, rend la guérison plus prompte et plus complète. — Toutefois, nous ferons connaître plus loin, en parlant de l'emploi des préparations *sulfureuses* introduit à Bourbonne par M. Cabrol, les motifs qui nous portent à réclamer contre cette innovation, et à exprimer le vœu qu'elle soit réservée à l'avenir pour les cas exceptionnels.

M. Cabrol, voulant se rendre compte des divers phénomènes de l'absorption chez les malades soumis au traitement thermal, a exécuté plus de 2400 pesées qui lui ont déjà fourni des résultats intéressants analogues à ceux précédemment signalés par le docteur Kühnts (de Niederbronn). Ainsi, il a constaté que le poids du corps de l'homme augmente de 100 à 200 grammes à la suite d'un bain d'une heure pris à la température de 34°, 25 à 33°, 75 centigrades ; qu'il reste à peu près le même de 33°, 75 à 35°, et qu'au contraire il diminue de 100 à 200 grammes, quand le bain est chauffé de 35° à 37°, 50, le séjour dans l'eau étant toujours d'une heure. — L'accroissement de poids est plus constant que dans le bain pendant la douche à basse température, et la perte moindre quand la température est élevée.

Toutefois, ces résultats ne sont l'expression que de la moyenne générale. Dans l'application individuelle on trouve des fluctuations qui échappent à la théorie de l'endosmose. Celle-ci enseigne, en effet, qu'en principe et par rapport aux eaux minérales, quand on les administre à basse température, l'absorption ne s'empare que de l'eau, tandis que les sels pour passer dans la circulation exigent l'intervention d'une température plus élevée. C'est ce qui fait qu'à Bourbonne, comme cela résulte des observations de M. Cabrol, la constipation succède à l'usage en boisson de l'eau thermale à 50 degrés, les sels se trouvant absorbés dans l'estomac, tandis que froide, cette même eau devient laxative, par suite du passage des sels dans l'intérieur ; et comme d'autre part, l'ex-

Digitized by Google

périence d'accord avec la théorie démontre que, dans l'établissement dont nous parlons, les bains et les douches produisent des effets moins avantageux quand on les prend à une température voisine de celle du sang que lorsqu'elle est plus basse, la règle à suivre, suivant M. Cabrol, pour obtenir des eaux de Bourbonne le meilleur effet curatif, c'est de boire très chaud et de prendre les bains et les douches à une température modérée.

Notre confrère a cru devoir recourir à l'emploi des *bains sulfureux artificiels* comme correctif des bains salins naturels. Il fait dissoudre, à cet effet, du *polysulfure de potassium* dans l'eau de Bourbonne, cherchant à imiter ainsi les eaux de Luchon ou de Baréges, suivant la proportion du sulfure employé. Ces bains mixtes ont réussi dans les rhumatismes, dans quelques névralgies, dans plusieurs affections de la peau et dans les accidents tertiaires de la syphilis. Ils ont produit une certaine sédation après les bains salins, et ont été tolérés par des sujets qui ne pouvaient pas supporter les bains de Bourbonne.

Cette innovation ne nous paraît pas heureuse, non plus que celle dont nous avons parlé plus haut, et qui consiste à employer simultanément avec les eaux de Bourbonne, celles d'autres stations thermales, comme Vichy, Contrexeville, etc.

Sans parler de la perturbation qu'elle ne manquerait pas d'apporter, si elle se généralisait, dans le régime économique des établissements thermaux, elle finirait par rendre insoluble le problème déjà si compliqué de l'appropriation des eaux minérales à tels ou tels cas pathologiques, en confondant les effets dus aux sources locales, avec ceux des eaux transportées et des mélanges artificiels. Pour déterminer à l'avance l'établissement vers lequel il convient de diriger un malade, il faut connaître les propriétés curatives des sources qui l'alimentent, et cette connaissance résulte de la comparaison des effets produits dans des cas analogues par la fréquentation des diverses stations thermo-minérales. — La voie dans laquelle s'est engagé notre honorable et zélé confrère nous semble donc pleine de périls, et les succès qu'il y a obtenus ne justifient pas, à notre avis, une pratique que nous n'hésitons pas à qualifier d'irrationnelle et dangereuse.

Nous approuvons, au contraire, l'emploi de l'*électricité* comme adjuvant de l'action des eaux minérales, tel que l'a institué M. Cabrol à

Digitized by Google

Bourbonne; il s'agit en effet, ici, d'un agent d'un ordre spécial qui n'a rien de commun, quant à sa nature, avec les sources thermales elles-mêmes, et qu'il est facile et même convenable d'installer dans la plupart des établissements.

Le nombre des malades qui, venus à Bourbonne seulement pour faire usage des eaux, ont été soumis depuis deux ans par M. Cabrol à la puissance des courants électriques obtenus à l'aide d'un appareil d'induction, s'élève à 400 environ. Les faits pratiques recueillis dans ce laps de temps peuvent se résumer comme il suit :

1° Il ne faut soumettre le malade à l'action électrique que lorsqu'il a fait usage pendant quinze ou vingt jours au moins des eaux thermales en bains, douches et boisson.

2° Si, l'application de l'électricité ayant lieu dans un cas de *paralysie*, le membre attaqué reste insensible à l'influence des courants, il convient d'agir préalablement sur lui par des frictions ou par la chaleur sèche. Dans un cas de *congélation*, M. Cabrol a employé avec succès les frictions préalables avec la glace.

3° L'électricité produit d'excellents résultats dans la *myélite*, quand la paralysie est limitée aux membres; mais lorsqu'elle s'étend au rectum et à la vessie, les chances de succès sont moindres et l'action de l'électricité peut se borner à restituer aux organes de la chaleur et de la force, ce qui ne laisse pas de procurer un certain soulagement au malade.

4° Les *contractions*, *rétractions* et *atrophies* musculaires ont, en général, été modifiées heureusement par l'électricité, à l'aide d'un instrument gradué de son invention et qu'il nomme *anglo-mètre;* M. Cabrol mesurait, avant chaque séance, l'angle de déviation des membres, et constatait ainsi, jour par jour, les résultats obtenus.

5° L'électricité a une puissance remarquable sur les *névralgies*, qu'elle dissipe quelquefois comme par enchantement. Dans d'autres cas, au contraire, elle les exaspère rapidement. Toutefois il est rare que ces effets persistent d'une manière complète.

6° Bien que moins instantanée, son action dans l'*anesthésie* ne laisse pas d'être très prononcée.

7° Elle favorise le développement de la *poussée* et des autres éruptions qui avaient peine à se montrer.

8° Son influence est souvent heureuse dans l'*arthrite chronique;* dans

Digitized by Google

le *craquement* des *articulations*, elle en diminue la rudesse, et si ce symptôme, après avoir disparu pendant huit et dix heures, à la suite de la séance, vient à se montrer de nouveau, l'influence de l'électricité n'en est pas moins rendue évidente par la disparition plus facile de la douleur, sous l'action des eaux.

9° Il n'est pas rare de voir les *rhumatismes* chroniques, qui avaient résisté à l'action isolée des eaux de Bourbonne, céder à l'emploi successif des eaux et de l'électricité.

10° Au contraire, dans les *hémiplégies* consécutives à l'*apoplexie*, M. Cabrol regarde l'électricité comme rarement applicable, et souvent dangereuse.

11° Elle est utile dans les *adénites cervicales* chroniques volumineuses. Les vives contractions musculaires qu'elle excite semblent concourir à séparer en plusieurs parties la tumeur qui formait d'abord une masse confuse et en favorisent ainsi la résolution. Mais il convient de recourir en même temps aux remèdes fondants employés à l'intérieur et à l'extérieur.

12° Elle est contre-indiquée toutes les fois qu'il y a douleur vive, irritation ou inflammation aiguë.

13° Lorsque après l'usage des eaux et des autres moyens précités, l'électricité appliquée à plusieurs reprises ne produit aucun résultat, on peut considérer les *paralysies* comme incurables.

14° Néanmoins, dans les *paralysies* incomplètes, quoique incurables, dans les *fractures* et les *luxations* mal réduites et incurables, elle a encore une influence favorable sur les symptômes consécutifs, et elle partage avec les bains et les douches l'avantage de modifier la douleur, de ranimer la force et d'imprimer une meilleure direction à la manière d'être du patient.

Dans toutes les circonstances morbides ci-dessus mentionnées, il est important de distinguer la part de la médication thermale, de celle de l'électricité. Ce qui rend cette distinction plus facile qu'on ne serait tenté de le croire, c'est que l'action de l'électricité est immédiate, tandis que celle des eaux est toujours fort lente.

En résumé, et sans rien préjuger de l'expérience à venir, M. Cabrol se croit autorisé à dire, d'après les observations qu'il a recueillies, que l'électricité, employée seule, guérit peu de maladies graves, mais qu'as-

Digitized by Google

sociée aux eaux minéro-thermales stimulantes et toniques de Bourbonne, elle constitue l'un des plus puissants moyens thérapeutiques dont l'art puisse disposer.

Les faits suivants, que nous reproduisons sommairement, peuvent donner une idée de l'efficacité de l'association de ces deux agents énergiques :

1. *Congélation.* — S... a eu les pieds gelés au siége de Sébastopol; la peau en est froide et violacée, il y a paralysie de la sensibilité. A la première séance, effet nul ; friction à la glace, puis exposition des pieds au calorifère pendant l'application des pinceaux. Deuxième séance de dix minutes ; vers la fin, fourmillement ; quarante-huit minutes après, l'engourdissement diminue d'une manière sensible. Troisième séance : le malade sent vivement pour la première fois depuis cinq mois le contact des corps étrangers ; la marche est moins difficile. A la quatrième séance, la sensibilité et la chaleur ont presque complétement reparu. A son départ, S... ne présentait qu'un état de sensibilité obtuse très limitée à la face plantaire.

2. *Anesthésie de la peau.* — Le colonel P..., frappé d'anesthésie de la peau à la région dorsale, avait été soumis à trente séances électriques avant d'arriver à Bourbonne, sans en obtenir d'autre résultat que d'arrêter l'extension de l'anesthésie. Celle-ci avait diminué à la suite du traitement thermal, prolongé pendant vingt jours ; mais la sensibilité restait encore fort obtuse. A partir de la troisième séance d'électricité, pendant laquelle la partie malade était tournée vers un calorifère, la paralysie disparut entièrement dans les trois quarts de son étendue. A la suite de la septième séance, le colonel put partir, n'offrant plus qu'une légère anesthésie, et dans un point extrêmement limité.

3. Un marin atteint depuis huit mois d'une *paralysie* des membres supérieurs, consécutive à un violent effort, se vit en état, après la sixième séance d'électricité, de se servir des mains pour boire, de les porter à la tête, de les croiser derrière la nuque, et il arriva même à pouvoir écrire, mouvements et opérations qu'il lui était impossible d'exécuter depuis l'invasion de la maladie.

4. M. V..., atteint depuis six ans d'*arthrite* chronique des deux genoux et des pieds, ne pouvait marcher que difficilement, même en s'aidant d'une canne. Il avait déjà pris les bains et les douches pendant

Digitized by Google

vingt jours, lorsqu'il fut soumis aux courants électriques. Première séance : les pieds et les genoux, préalablement chauffés au calorifère, deviennent le siége d'une sensibilité exagérée; instantanément une amélioration très marquée se manifeste, le malade peut faire le tour de la chambre sans se servir de canne; il marche plus librement et avec plus de sûreté qu'il ne l'avait fait depuis le début de sa maladie. Deuxième séance, quarante-huit heures après la première : soubresauts, amélioration immédiate. Le mieux éprouvé à la précédente séance a duré vingt-quatre heures; à la suite de celle-ci le malade se promène longtemps dans la campagne. Troisième et quatrième séances : mêmes résultats. L'extrême sensibilité qui s'est montrée dès le début de l'emploi de l'électricité oblige de suspendre ce traitement. On reprend alors les eaux, sous l'influence desquelles un mieux notable se développe. M. V... quitte l'hôpital dans une situation satisfaisante.

BUSSANG (Vosges). — M. le docteur *Masson*, médecin-inspecteur.

Les sources de Bussang jouissaient autrefois d'une grande renommée et attiraient annuellement une foule de visiteurs, parmi lesquels figuraient des étrangers de la plus haute distinction. Dans le but de favoriser cette affluence, on éleva des bâtiments au voisinage des eaux minérales, sous le règne et par les ordres du duc Léopold, qui, de 1690 à 1729, ne cessa pas de travailler avec autant d'ardeur que de succès à la prospérité de la Lorraine. Ces constructions étaient depuis longtemps devenues insuffisantes, quand, en 1752, un arrêté du conseil de Stanislas concéda les sources de Bussang à un sieur Boyer (de Lunéville), à la condition expresse que celui-ci ferait établir des logements convenables et d'après un plan déterminé.

L'incendie les dévora en 1794, et, à dater de cette funeste époque, Bussang tomba dans le plus profond oubli comme établissement de bains.

Aujourd'hui, on exporte une partie des eaux qui en proviennent.

Les sources sont situées à 2 kilomètres du village de Bussang, sur un plateau élevé de 600 mètres environ au-dessus du niveau de la mer. Elles se trouvent dans un enfoncement de la vallée où coule la Moselle, non loin de la route impériale, au pied de la montagne du Charrat. Le

Digitized by Google

sol de cette localité appartient aux terrains primitifs (*formations granitiques et trapp*). Aucune des roches qui le composent ne présente de débris de corps organisés. Au voisinage des sources, le *trapp stratiforme* se présente en couches inclinées. Ces sources sont au nombre de *trois :* deux forment par leur réunion la *fontaine du bas;* la troisième constitue à elle seule la *fontaine d'en haut.* Celle-ci ne fournit guère plus de 13 litres par heure, celle-là en donne 90. Mais il s'en faut de beaucoup que la totalité de cette eau soit utilisée pour l'exportation. Il serait d'autant plus intéressant de suivre année par année le chiffre de cette exportation, que les sources de Bussang débitent annuellement plus de 9,000 hectolitres, et que l'eau qu'elles fournissent peut, par sa composition et sa richesse en acide carbonique libre, rivaliser avec les meilleures eaux gazeuses naturelles, pour lesquelles nous payons encore un tribut considérable à l'étranger.

Les sources de Bussang offrent deux particularités dignes d'intérêt : la première, c'est que les pluies et les sécheresses n'exercent aucune influence sur la quantité d'eau qu'elles produisent; la seconde, c'est qu'à l'approche des orages, cette eau prend un goût sensible d'*acide sulfhydrique :* ce dernier phénomène est tellement constant, que dans le pays on lui accorde la valeur d'une indication barométrique.

EAUX-CHAUDES (Basses-Pyrénées). — M. le docteur *Izarié*, médecin-inspecteur.

L'établissement des Eaux-Chaudes paraît être en voie de prospérité : le nombre des visiteurs a augmenté sensiblement dans ces quatre dernières années. En 1853, il était de 1,360 payants; depuis, il s'est élevé progressivement, et en 1856 il a atteint le chiffre de 1,431. Cette différence peut ne pas paraître assez importante pour être signalée, mais si l'on réfléchit que l'argent laissé dans le pays a augmenté dans la proportion de 200,000 à 210,000 francs, et le produit des eaux dans celle de 11,700 à 14,100 francs, on ne peut s'empêcher de reconnaître que l'amélioration est bien réelle, et que, suivant toute probabilité, elle ne pourra que s'accroître par la suite, si l'autorité locale prend les mesures propres à faire exécuter les travaux d'amélioration indiqués par M. l'inspecteur.

En 1853, notre confrère adressait à M. le maire de Laruns un rap-

Digitized by Google

port dans lequel il exposait la nécessité de faire terminer l'établissement thermal. Éclairé par ce rapport, le conseil municipal vota un emprunt de 220,000 francs qui fut autorisé par décret impérial. Mais bientôt la commune reconnut que la réalisation de cet emprunt entraînerait des lenteurs préjudiciables à ses intérêts ; elle se décida, en conséquence, en décembre 1854, à mettre en adjudication pour quinze ans la portion de l'établissement qu'il était urgent de terminer, à la charge pour le fermier de l'achever et de la meubler. Par suite de cette mesure, l'établissement possède aujourd'hui bon nombre de logements parfaitement disposés.

Il reste encore à faire des travaux de réparation et de construction d'une grande importance. Ainsi, il faut éloigner et capter les eaux froides, afin d'éviter les infiltrations qui, ayant lieu avant et après l'émergence, abaissent la température et le degré de sulfuration des sources minérales. Il convient, d'autre part, de capter des filets d'eau thermale aujourd'hui perdus, afin d'augmenter sous ce rapport les ressources de l'établissement qui ne sont plus en rapport avec le nombre des visiteurs. La tuyauterie souterraine et l'encaissement en bois qui la protége réclament de promptes réparations. L'escalier qui conduit à la piscine a besoin d'être couvert. La salle destinée aux bains de vapeur, bains russes et douches écossaises est encore inachevée. Tous les cabinets de bains et de douches, détériorés par les vapeurs sulfureuses, ont le plus grand besoin d'être remis en bon état. Enfin, il y a urgence d'établir des cabinets de toilette, afin qu'au sortir de la douche, les baigneurs ne se trouvent plus réduits, comme ils le sont actuellement, à se rhabiller dans le local où ils ont été douchés ou dans le couloir qui précède ce local.

Tous ces travaux sont de première nécessité, et malheureusement la commune de Laruns est hors d'état de pouvoir faire face aux dépenses qu'ils entraîneront. Aussi, après avoir tenté en vain de se procurer des ressources au moyen d'un emprunt, elle s'est décidée à voter la vente ou l'amodiation à long terme de l'établissement. Déjà une enquête et l'estimation du matériel ont été ordonnées, et l'on est en droit d'espérer qu'avant peu des spéculateurs intelligents, répondant à l'appel qui leur est fait, prendront en main la direction des Eaux-Chaudes et sauront lui rendre la vogue qu'elles méritent à plus d'un titre et dont elles ont joui pendant longtemps.

Digitized by Google

Le moment est d'autant mieux choisi pour mener à bien une pareille entreprise, que la commune de Laruns s'est rendue il y a peu de temps acquéreur de l'ancien établissement. Propriétaire ou fermier, le nouvel arrivant aurait tout avantage à reporter la partie balnéaire dans cet ancien établissement, placé immédiatement au-dessus du point d'émergence de toutes les sources. On se mettrait ainsi à l'abri des infiltrations abondantes qui refroidissent les eaux thermales et en altèrent la sulfuration.

Remarquons, d'ailleurs, avec M. Izarié, que les griffons se trouvent dans l'ancien établissement même, et que les eaux parcourent actuellement des trajets de 42, 63 et 73 mètres pour arriver aux réservoirs correspondants du Rey, de l'Esquivette et du Clot. C'est principalement dans ces parcours que se produit le mélange des eaux thermales avec les eaux douces infiltrées, et il se trouve favorisé par la position du nouvel établissement, qui, par rapport à l'ancien, est dans une situation déclive. Ajoutons une seconde considération de quelque importance : par suite du changement proposé, l'établissement se trouverait à l'abri du vent qui règne dans la vallée d'une manière fâcheuse et constante. M. Izarié regarde, par ces motifs, le changement précité comme tellement désirable, qu'il est d'avis de l'imposer comme condition dans le cahier des charges. Pour ce qui est du magnifique établissement actuel, on pourrait à peu de frais le transformer en un hôtel et en obtenir ainsi un revenu supérieur à celui qu'on en retire aujourd'hui.

Parmi les malades qui chaque année fréquentent l'établissement des Eaux-Chaudes, il se trouve un grand nombre de femmes affectées de *leucorrhée*, et le résultat qu'elles retirent de leur traitement est presque toujours favorable. Cette double circonstance a donné lieu à M. Izarié de penser qu'il ferait chose utile en prenant, comme sujet de son rapport pour la saison de 1856, les observations par lui recueillies sur cette affection, plus incommode il est vrai que dangereuse, mais qui cependant ne laisse pas que d'occasionner un état maladif pénible et souvent à peine tolérable.

En général, dit notre confrère, quelle que soit la cause de la leucorrhée, on obtient par l'action des Eaux-Chaudes la guérison dans les deux tiers des cas; et chez les malades atteintes d'aménorrhée, la moitié voient leurs menstrues reprendre régulièrement leur cours.

Digitized by Google

Les sujets des observations citées par M. Izarié étaient pour la plupart d'un tempérament lymphatique et d'une constitution débile. Chez un très grand nombre d'entre elles, l'écoulement était purement muqueux et indépendant de toute lésion de l'utérus ou du vagin; en un mot, il y avait simplement hypersécrétion; chez d'autres, au contraire, l'écoulement était symptomatique de maladies caractérisées par des lésions appréciables, telles que des engorgements du corps ou du col de l'utérus, avec ou sans granulations et érosions, des vaginites chroniques, etc.

L'écoulement leucorrhéique est souvent précédé ou accompagné du dérangement des règles, dont il peut même entraîner la suppression. Si cet écoulement est considérable, les malades sont en proie à des symptômes nerveux, gastralgiques, chlorotiques, etc.

M. Izarié rapporte des cas dans lesquels la leucorrhée a paru liée à la suppression d'un flux hémorrhoïdal, à une attaque de rhumatisme aigu ou à une affection herpétique préexistante.

Le traitement suivi dans l'établissement des Eaux-Chaudes consiste à faire usage des eaux en boisson, bains et douches : celles-ci sont ascendantes (utéro-vaginales) et descendantes (en arrosoir, sur les lombes, le bassin, les cuisses); on administre quelquefois aussi des douches écossaises. Ce traitement a pour effet de tonifier l'économie tout entière, et les organes génitaux en particulier.

Ce que nous venons de dire de la leucorrhée est également applicable à l'aménorrhée, à la dysménorrhée, ainsi qu'à la suppression du flux hémorrhoïdal. M. Izarié en a rapporté plusieurs exemples, afin de constater une fois de plus l'efficacité des eaux thermales sulfureuses, et spécialement des Eaux-Chaudes, dans le traitement des affections que nous venons de citer et des nombreuses maladies qui en sont la conséquence.

M. Izarié a observé sur lui-même, et pendant deux saisons de suite, un effet de l'eau de Baudot que nous croyons utile de consigner ici. Dans le cours de la saison de 1856, il fit usage de cette eau à la dose de deux verres par jour, dans le but de combattre un léger catarrhe pulmonaire chronique. Pendant un mois que dura cette médication, ses urines furent rouges et déposèrent une énorme quantité d'acide urique. Elles redevinrent claires et normales après la cessation de l'usage de

Digitized by Google

l'eau minérale. L'année suivante (1857), notre confrère voulut recommencer l'expérience, et il vit se reproduire les mêmes altérations dans les produits de la sécrétion urinaire. Mais ayant un jour porté à trois verres la dose de l'eau thermale, il fut immédiatement pris d'une violente attaque de colique néphrétique, qui ne céda qu'à une forte saignée, une application de quarante sangsues et l'emploi de bains émollients et opiacés. Ce ne fut qu'après quinze jours de l'usage du bicarbonate de soude que les urines cessèrent de déposer et reprirent leur couleur et leur limpidité naturelles. M. Izarié fait observer que l'eau de Baudot, dont il a éprouvé ces remarquables effets, contient une quantité considérable de chlorures alcalins; il ajoute que l'action qu'elles exercent en général sur l'appareil urinaire ne lui avait pas échappé; mais que chez aucun des nombreux malades qui fréquentent les Eaux-Chaudes, il ne s'était trouvé jusqu'ici dans le cas d'observer cette influence à un degré aussi énergique.

EUZET-LES-BAINS (Gard). — M. le docteur *Auphan*, médecin-inspecteur.

Les sources d'Euzet ou Yeuzet étaient comptées, dans le cours du siècle dernier, au nombre des stations hydrominérales les plus importantes. Plusieurs médecins et professeurs distingués de l'École de Montpellier, Lefèvre, Astruc, de Sauvages, etc., en avaient étudié et signalé les propriétés, et l'affluence des malades, à cette époque où la thérapeutique thermale était loin de jouir de la faveur qu'on lui accorde aujourd'hui, témoignait hautement de leur efficacité reconnue.

Plus tard elles perdirent leur vogue par suite de la négligence des propriétaires, qui ne prenaient aucun soin de procurer aux visiteurs les ressources et le bien-être que réclament leur état de santé et leurs habitudes sociales. Elles étaient à peu près tombées dans l'oubli, lorsqu'en 1851 elles passèrent en d'autres mains. Dès l'année suivante, une construction élégante et commode s'élevait sur l'emplacement de l'établissement ancien; les améliorations introduites par la nouvelle administration rappelèrent les malades à Euzet, et leur nombre s'accroît sensiblement d'année en année.

Désireux de concourir aussi activement que possible à cette résurrection d'une importante station thermale, M. le docteur Auphan s'est ap-

Digitized by Google

pliqué à faire connaître les propriétés thérapeutiques des sources d'Euzet et à préciser les indications qui en réclament l'emploi.

Notre confrère a consigné ses recherches dans un mémoire formant une véritable monographie et ayant pour titre : *Des eaux minérales froides sulfuro-bitumineuses à base de chaux et de magnésie, d'Euzet-les-bains.* Il a joint ce travail à son rapport annuel pour la saison de 1856.

Nous devons rappeler ici que les eaux dont il s'agit ont été analysées dans le laboratoire de l'Académie par notre collègue M. O. Henry, et que le rapport sur cette analyse a été lu à la séance du 8 août 1854. (Voy. *Bulletin de l'Académie*, t. XIX, p. 990.)

Les médecins du siècle dernier qui ont écrit sur les eaux d'Euzet s'accordent à attribuer à l'élément bitumineux qu'elles renferment une part considérable dans leurs vertus curatives. Il est présumable que, consommées sur place, ces eaux doivent avoir, sous ce rapport, beaucoup plus d'efficacité, le transport et la conservation ayant inévitablement pour effet de favoriser la disparition partielle des principes sulfureux et bitumineux.

Les eaux d'Euzet sont d'une limpidité et d'une fraîcheur remarquables. A la dose de 4 à 10 verres, et à la température de la source (13°), elles déterminent, pendant les premiers jours, un certain degré de surexcitation de tous les organes : mais bientôt le calme renaît et leur effet physiologique ne se traduit plus que par des selles liquides plus ou moins abondantes, des sueurs et des urines copieuses. En même temps, les digestions s'accomplissent avec une remarquable facilité. Ce surcroît d'activité imprimé simultanément aux fonctions éliminatrices et aux fonctions digestives, communique une énergie correspondante à celles qui président à l'assimilation. Aussi voit-on, dit M. Auphan, des malades arrivés faibles et amaigris retrouver au bout de peu de jours leurs forces perdues et leur ancien embonpoint. — Comme exemple tout à fait exceptionnel de la digestibilité des eaux d'Euzet et de l'énormité de la dose à laquelle elles peuvent être portées sans le moindre inconvénient, notre confrère cite le fait que voici : « Un paysan des en» virons vient chaque année passer trois jours à l'établissement et suit » depuis plus de quarante ans le traitement suivant : le premier jour il » boit *cinquante* verres d'eau minérale, le second jour *cent* verres, et le

Digitized by Google

» troisième jour *cent-cinquante*. Cet homme, aujourd'hui âgé de quatre-
» vingt-deux ans, était resté malade et souffrant jusqu'à l'âge de trente-
» quatre ans, époque à laquelle il fit pour la première fois usage des
» eaux d'Euzet. Il se croyait, me dit-il, atteint d'une maladie de lan-
» gueur, dont le traitement minéral eut promptement raison. — Il est
» à croire que le traitement qu'il suivit dans cette circonstance n'est
» pas cette sorte de lavage interne qu'il a adopté depuis. »

Nous avons dit plus haut que dans son étude des eaux d'Euzet, M. Auphan s'est principalement appliqué à spécifier les cas où elles peuvent être le plus utilement employées, aussi bien que ceux qui en contre-indiquent l'usage.

On peut formuler, comme il suit, les conclusions auxquelles il a été conduit :

1° Les eaux d'Euzet, sédatives et tempérantes, sont en même temps toniques et reconstitutives. — 2° Elles conviennent surtout aux tempéraments nerveux et irritables, aux constitutions profondément débilitées. — 3° Les sujets à tempérament sanguin n'ont pas à redouter, en en faisant usage, les accidents congestifs qui, souvent, sont la conséquence d'une excitation trop forte.

Les états pathologiques et diathésiques qui réclament l'emploi de ces eaux avec le plus de chances de succès sont, par ordre de curabilité :

1° Les maladies des organes digestifs, dyspepsies, gastro-entérites chroniques, constipation, obstructions abdominales, engorgements du foie, hépatites subaiguës ou chroniques.

2° Les maladies papuleuses et squammeuses de la peau (*prurigo*, *lichen*, *psoriasis*, etc.).

3° Les maladies des voies respiratoires : angine, catarrhe pulmonaire chronique, asthme, phthisie pulmonaire tuberculeuse au premier et au second degré (1).

4° Le rhumatisme chronique récent à forme nerveuse ou inflammatoire.

5° Le carreau et les manifestations dartreuses des scrofules.

(1) Les eaux d'Euzet jouissaient autrefois, sous ce rapport, d'une réputation incontestée de spécificité, dont Sauvages, Lieutaud, Paulet, etc., se sont faits les interprètes.

Digitized by Google

6° Certaines affections variqueuses.

7° Les maladies catarrhales et hémorrhagiques de la vessie et de l'utérus (1).

PIERREFONDS-LES-BAINS (Oise). — M. *Sales-Girons*, médecin-inspecteur.

M. Sales-Girons a institué, dans l'établissement placé sous sa direction, un mode spécial d'emploi des eaux minérales, que l'on peut regarder comme nouveau, malgré les essais tentés à d'autres époques et dans d'autres lieux, pour arriver au même résultat. Je veux parler de la transformation de l'eau, par simple division mécanique, en un véritable brouillard : c'est ce que l'auteur appelle de l'eau *poudroyée* ou *pulvérisée* (2).

Le procédé employé par M. Sales-Girons a déjà été l'objet d'un rapport présenté à l'Académie par nos collègues MM. Pâtissier et O. Henry, dans la séance du 9 septembre 1856 (voy. *Bulletin de l'Académie*, t. XXI, p. 1081). Il résulte des expériences analytiques auxquelles s'est livré sur les lieux mêmes le rapporteur de votre commission, que les liquides obtenus par la condensation spontanée de l'eau divisée mécaniquement, contiennent toutes les substances propres à l'eau sulfureuse de Pierrefonds, et que notamment les éléments sulfureux et certaines quantités d'*hyposulfite* s'y trouvent réunis.

Plusieurs établissements thermaux se sont empressés d'adopter le nouveau mode d'inhalation, que la construction d'appareils portatifs va permettre de généraliser, en le faisant passer dans la pratique journalière.

M. Sales-Girons, indépendamment de son rapport annuel, a adressé à l'Académie une série d'observations cliniques, desquelles il résulte que :

1° Les organes respiratoires tolèrent parfaitement le contact de l'eau sulfureuse divisée : cette tolérance permet de prolonger le séjour dans

(1) Le rang assigné ici à ces maladies dépend du nombre fort limité de faits qu'il a été donné à l'auteur d'observer.

(2) Cette extrême division de l'eau s'obtient en dirigeant, sous une forte pression, des filets capillaires du liquide contre de petits disques métalliques légèrement inclinés et à surface convexe.

Digitized by Google

la salle d'inhalation pendant 45 minutes, et même de faire faire chaque jour aux malades deux séances d'une aussi longue durée.

2° La toux et les crachats sont les deux premiers symptômes qui se trouvent alors modifiés : la première devient plus facile et ne se montre plus par quintes : les sécrétions bronchiques coulent et sont expulsées avec moins de difficulté.

3° L'inspiration doit se faire par la bouche plutôt que par les narines, c'est pourquoi il est plus avantageux de réunir les malades dans des salles où ils peuvent se livrer au plaisir de la conversation, que de les confiner dans des chambres particulières.

4° La température qu'il convient d'entretenir dans les salles d'inhalation doit être la même que celle qui règne au dehors pendant les beaux jours d'été. Cette condition étant remplie, les malades ont la faculté de se promener à l'air libre au sortir de la séance d'inhalation.

5° Enfin, le séjour au sein d'une atmosphère remplie du brouillard formé par l'eau minérale divisée mécaniquement, doit être regardé comme donnant lieu à des effets locaux par une action topique sur les voies respiratoires et à des effets généraux, en conséquence de l'absorption plus ou moins énergique dont ces voies sont le siége.

SAINT-LOUBOUER ET D'ESPÉRONS (Landes). — M. *Arrat-Balous*, médecin-inspecteur.

Sur quarante-cinq observations dont se compose le rapport de M. Arrat-Balous, onze sont relatives à des cas de *pellagre*. L'invasion de cette maladie dans le département ne remonte, suivant notre confrère, qu'à cinq ou six ans. On lui assigne, dit-il, pour cause une alimentation insuffisante, et surtout l'usage du *pain de maïs;* mais il ne faut pas oublier que l'usage de ce pain date de fort loin parmi les habitants des Landes. Dans la partie sud, désignée sous le nom de *Chalosse*, partie autrefois la plus riche du département, et que les ravages de l'*oïdium* ont rendue la plus pauvre, les paysans se sont toujours nourris de ce pain, à l'exclusion de tout autre. Jamais ils n'ont préparé chez eux de pain de froment : ils n'en mangeaient que quand leurs affaires les appelaient dans les villes voisines. Le vin, il est vrai, ne leur manquait pas alors, et comme il ne dépassait guère le prix de *dix centimes* le litre, tous en usaient avec plus ou moins de mesure. La disette de ce produit causée

Digitized by Google

par les intempéries et par l'*oïdium*, en a fait monter le prix à *cinquante centimes*, et l'a mis hors de la portée du plus grand nombre. La privation de cette boisson stimulante, à laquelle ils étaient habitués depuis leur enfance, et dont l'emploi devait favoriser l'élaboration de leur nourriture grossière, a dû avoir pour ces pauvres gens les plus fâcheuses conséquences. C'est aussi parmi les plus misérables que la pellagre s'est manifestée et propagée, circonstance qui tend à prouver que l'insuffisance de l'alimentation n'est pas étrangère à la production de cette maladie, sinon comme cause déterminante, du moins en prédisposant l'économie à subir l'influence quelle qu'elle soit qui la fait naître.

Les premiers cas de pellagre se sont montrés dans la partie nord-ouest du département appelé la *Lande :* depuis trois ou quatre ans, on la voit se propager dans la partie sud-est, dont la fertilité est remarquable, et qui abonde en sites riants. — Indépendamment des cas observés aux eaux de Saint-Loubouer et d'Espérons, M. Arrat-Balous en a rencontré une foule d'autres dans sa pratique particulièr e.

Tous les malades atteints de pellagre ont, suivant leur propre expression, *le feu à la bouche, aux mains et aux pieds*, c'est-à-dire qu'une sensation d'ardeur brûlante accompagne la vive rougeur dont sont le siége la muqueuse buccale et la peau des extrémités : celle-ci offre en outre de la tuméfaction, et quand la maladie est intense, des phlyctènes semblables à celles des brûlures au second degré. Dans tous les cas il y a une desquammation furfuracée incessante, accompagnée fréquemment de gerçures profondes. — Le plus grand nombre des malades accuse des battements et une pesanteur épigastrique, de l'anorexie et un éloignement invincible pour la viande salée, autrefois leur mets favori.

La pellagre semble disparaître l'hiver et ne sévir que pendant l'été : mais une fois développée elle se reproduit l'été suivant et avec plus d'intensité. M. Arrat Balous n'a pas rencontré d'exception à cette règle. — La diarrhée survient quelquefois la première année, plus fréquemment la seconde et presque toujours la troisième. Elle est colliquative et elle donne constamment lieu à l'œdème des membres inférieurs ; souvent aussi elle est suivie de la formation, dans les cavités splanchniques, d'épanchements séreux qui entraînent la perte des malades. Du côté de la tête il y a de la pesanteur, des battements. Les idées sont tristes, sombres ; elles revêtent souvent le caractère d'une véritable aliénation

Digitized by Google

mentale, qui pousse les malades au suicide, et toujours au suicide par submersion, comme s'ils voulaient éteindre dans l'eau le feu intérieur qui les dévore, et qui est le symptôme dominant de la maladie.

Les moyens les plus opposés ont été mis en usage contre la pellagre : émissions sanguines, antispasmodiques variés, toniques, et, en particulier, préparations de fer et de quinquina employées comme adjuvants d'une bonne alimentation. — Tous ces moyens sont restés sans effet. — C'est alors que M. Arrat-Balous a pris le parti de traiter exclusivement par les eaux et les bains les pellagreux qui se sont présentés à Saint-Loubouer. Chez tous, il a noté une diminution de ce sentiment d'ardeur brûlante qui leur causait le plus de souffrance. — Pour ce qui est de la desquammation de la peau des mains et des pieds, notre confrère la regarde comme un effet purement physique, qui doit se produire avec toute espèce d'eau. — Les malades sur lesquels des renseignements ont été obtenus après leur départ de l'établissement, se trouvaient dans une situation satisfaisante. Mais il ne faut pas oublier que l'on était alors en hiver, époque où la maladie subit d'elle-même un temps d'arrêt. — M. Arrat Balous croit donc prudent de faire quelques réserves, avant de proposer les faits dont il a été témoin, comme concluants en faveur de l'efficacité des eaux. Il continuera ses observations, suivra le cours ultérieur de la maladie, et en tiendra note dans ses rapports ultérieurs (1).

VICHY (Allier). — M. le docteur *Barthez*, médecin en chef de l'hôpital militaire.

Indépendamment du rapport annuel relatif à la saison de 1856, M. le docteur Barthez a envoyé à l'Académie un mémoire rédigé d'après 1591 observations cliniques recueillies de 1847 à 1856 à l'hôpital thermal militaire de Vichy.

Le tableau suivant, que nous avons dressé d'après M. Barthez, offre l'ensemble des résultats obtenus, par notre confrère, sur les différentes catégories de malades qui lui ont servi pour composer son travail.

(1) Il n'est pas sans intérêt de rapprocher les accidents que nous venons de passer en revue dans ce paragraphe de ceux qui caractérisaient l'une des périodes de la singulière épidémie observée, en 1828 et 1829, à Paris et dans les environs, et qu'on a désignée sous le nom d'*acrodynie*. (Voy. le *Dictionnaire de médecine, ou Répertoire des sciences médicales*, 2e édit., t. I.)

Digitized by Google

TABLEAU ANALYTIQUE *des* 1,591 *malades observés à Vichy* par M. le docteur BARTHEZ (de 1847 à 1856).

NOMS DES MALADIES.	NOMBRE DE CAS OBSERVÉS.	RÉSULTATS A LA FIN DE LA CURE THERMALE.				RÉSULTATS ULTÉRIEURS.			
		Guéris.	Améliorés	Effets nuls	Morts.	Guéris.	Améliorés	Effets nuls	Morts.
I. Affections du tube digestif :									
1. Gastrites chroniques	89	23	20	7	»	22	12	1	3
2. Gastro-entéro-colites chroniques, précédées ou accompagnées de diarrhée ou dyssenterie	88	18	26	11	2	20	10	(1) 1	1
3. Gastralgies, dyspepsies, entéralgies, vomissements nerveux, maladies caractérisées par une lésion de la sensibilité ou par un trouble fonctionnel	338	98	96	16	»	56	53	18	1
II. Affections du foie :									
1. Hépatite	115	40	24	7	»	21	18	5	1
2. Engorgements ou obstructions du foie	103	37	36	8	1	9	8	2	2
3. Abcès du foie	5	»	»	»	»	3	1	»	»
4. Calculs hépatiques	6	»	1	»	»	5	»	»	»
5. Coliques hépatiques	30	»	9	1	»	20	»	»	»
III. Maladies de la rate :									
Engorgements ou obstructions	72	7	20	3	»	19	12	10	»
IV. Maladies de la rate et du foie simultanément :									
Engorgement avec cachexie paludéenne	122	27	49	10	4	16	13	3	»
V. Maladies de la vessie :									
Inflammations ou catarrhes	199	46	65	11	1	42	29	4	1
VI. Gravelle d'acide urique, sable ou petits calculs	(2) 127	50	32	6	»	18	19	2	»
VII. Goutte	144	26	80	3	»	(3) 43	36	6	»
VIII. Rhumatismes	80	23	23	9	»	12	8	5	»
IX. Diabète	73	32	30	11	»	7	»	(4) 23	»
	1,591	427	461	103	8	313	219	80	9

(1) Le malade qui n'avait obtenu aucun résultat ultérieur est mort dans le cours de l'année.

(2) Six de ces malades ont présenté des signes d'affection goutteuse.

(3) C'est-à-dire qu'il n'y a pas eu d'accès dans les années qui ont suivi la cure.

(4) Chez ces malades, le sucre, qui avait d'abord disparu sous l'influence du traitement, s'est montré, de nouveau, l'année suivante.

Digitized by Google

L'inspection des chiffres contenus dans ce tableau suffit pour prendre une idée générale des avantages que l'on peut retirer de l'emploi des eaux de Vichy, dans le traitement des affections qui s'y trouvent énumérées. Nous croyons donc inutile de nous y arrêter, ce qui nous entraînerait, d'ailleurs, dans des détails étrangers au but que nous nous proposons.

Toutefois, M. Barthez a présenté sur les *goutteux* des réflexions qu'il est bon de consigner ici ; en voici l'analyse :

1° Le plus long intervalle de repos, qui ait suivi une cure à Vichy, a été de *quatre ans*. — En moyenne, cet intervalle a oscillé entre *quinze et dix-huit mois*.

2° L'usage des eaux de Vichy n'a jamais causé d'accidents fâcheux chez les goutteux observés par M. Barthez.

3° Sur les 65 malades étudiés au point de vue de l'hérédité de la maladie, 12 appartenaient à des parents goutteux et 34 à des parents non goutteux ; pour les 19 restants, la condition des parents, au point de vue de la maladie, n'a pas pu être établie d'une manière exacte.

4° Sous le rapport de l'âge, la goutte s'est montrée, sur 82 malades

1 fois de 10 à 20 ans. (1).
5 id. de 20 à 30 id.
35 id. de 30 à 50 id.
31 id. de 40 à 50 id.
10 id. de 50 à 60 id.

5° Sur les 85 malades observés, 18 avaient rendu des calculs d'*acide urique ;* les autres voyaient habituellement du sable au fond du vase de nuit ; tous ont accusé la présence d'un excès de cet acide dans l'urine pendant les attaques.

6° Lorsque dans les premiers accès de goutte la maladie s'est déclarée vers les gros orteils, 20 fois sur 40 elle a frappé le pied gauche, 12 le droit et 8 fois les deux simultanément.

7° Huit des malades observés appartenaient à des familles d'artisans ou de laboureurs, et chez deux d'entre eux, la première attaque a eu lieu, pour l'un à trente-deux ans, et à trente-six pour le second.

(1) Le seul sujet atteint dans cette limite d'âge avait quatorze ans.

Digitized by Google

8° Enfin, le froid humide a été signalé comme la cause la plus fréquente du retour des accès.

M. Barthez résume dans les conclusions suivantes, les faits contenus dans son mémoire :

La médication thermo-minérale alcaline opère par une action altérante, que Bordeu appelait *remontante* ou tonique de l'économie.

Cette action résulte des modifications et des effets directs de contact que produisent les éléments de l'eau minérale sur les organes et les humeurs du corps.

Sous son influence, les sécrétions gastrique, biliaire, urinaire, cutanée, etc., sont surexcitées, la circulation du sang devient facile, et l'on observe, comme conséquences, une élimination, une dépuration générale, la résolution des engorgements et des obstructions viscérales, et, par suite, le retour graduel des tissus à leur organisation normale,

La médication thermo-minérale alcaline corrige, neutralise et détruit, par sa nature chimique spéciale, le principe de la goutte et de la gravelle (*acide urique*), ainsi que celui des calculs biliaires (*cholestérine*).

Elle calme et fait même cesser les douleurs rhumatismales, par la double surexcitation que déterminent à la peau les éléments salins et la thermalité de l'eau administrée sous forme de bains.

Dans les affections catarrhales de la vessie, le principe alcalin modifie tout à la fois l'organe et la sécrétion morbide, en même temps qu'il imprime un surcroît d'activité à la sécrétion urinaire.

La médication thermo-minérale alcaline a une influence *remontante* ou reconstitutive dans certaines cachexies, et, notamment, dans la cachexie paludéenne.

Il en est de même dans les cas de débilité des fonctions digestives, les longues convalescences, la faiblesse de constitution, la cachexie par défaut d'assimilation, etc.

Elle modifie, de la manière la plus favorable, les diverses névroses de l'appareil digestif.

C'est même dans le traitement des maladies de cet appareil, que les eaux de Vichy présentent une spécificité d'action et une supériorité que tous les praticiens s'accordent aujourd'hui à reconnaître.

Digitized by Google

VICHY (Allier). – M. le docteur *Willemin*, médecin-inspecteur adjoint.

S'il est un fait bien établi en médecine pratique, c'est celui de la propriété *fondante* ou *résolutive* dont jouissent les eaux alcalines dans le traitement des affections chroniques où l'engorgement constitue le symptôme dominant.

Nous citerons, à l'appui de cette proposition, les eaux de Vichy, que l'on peut offrir comme le type des eaux alcalines, le *bicarbonate de soude* s'y trouvant en assez forte proportion et associé à une très faible quantité d'autres sels.

M. Willemin a fait une étude spéciale de cette action résolutive des eaux de Vichy dans certaines maladies chroniques de l'utérus : pendant quatre ans, il a recueilli avec soin des faits nombreux, et, par une analyse sévère, il est arrivé à distinguer les cas où l'usage de ces eaux doit être suivi de résultats heureux, de ceux où il ne peut manquer d'échouer, bien qu'en apparence il y ait entre eux et les premiers une sorte de similitude. C'est ce diagnostic différentiel qu'il était important d'établir. — M. Willemin a trouvé dans les faits cliniques observés à Vichy et dans les déductions qu'il en a tirées, les éléments d'un travail très important ayant pour titre : *De l'emploi des eaux de Vichy dans les affections chroniques de l'utérus.*

Voici les principales conclusions de ce travail :

Il existe un état morbide de l'utérus qui souvent est déterminé par une métrite aiguë ou chronique, mais qui peut aussi provenir de diverses autres causes. Cet état est essentiellement caractérisé par l'*engorgement*, c'est-à-dire par l'augmentation de volume de l'organe, sans accroissement et quelquefois même avec diminution de consistance du tissu. Il se complique le plus ordinairement de déplacements et d'altérations variées de la membrane muqueuse du col. Cette espèce particulière d'engorgement est modifiée de la manière la plus heureuse par le traitement hydro-minéral de Vichy, qui amène la résolution plus ou moins rapide et complète de l'engorgement, ainsi que la guérison des excoriations, des granulations du col, des douleurs et des déviations.

Au contraire, ce traitement reste impuissant lorsque l'engorgement utérin s'accompagne d'*induration du tissu*, qui est un des symptômes de la métrite subaiguë ou chronique. Sous l'influence de la médication hydro-minérale, la tuméfaction ou l'induration peut diminuer

Digitized by Google

momentanément; mais, par suite de la tendance de la phlegmasie à repasser facilement à l'état aigu, les malades sont exposées à voir reparaître avec la tuméfaction, les douleurs et les altérations de la membrane muqueuse du col utérin.

Il faut donc ramener cette sorte d'engorgement aux conditions qui caractérisent ceux de la première espèce, en en combattant, par un traitement approprié, l'élément inflammatoire.

C'est seulement après en avoir éliminé la complication phlegmatique, que l'on pourra recourir avec avantage à la cure thermo-minérale.

La cessation de la *stérilité*, consécutivement à la médication de Vichy, s'explique tout naturellement par l'action que cette médication exerce sur les causes de cet état morbide, à savoir, les déviations extérieures, la rétroversion en particulier, et la métrite chronique.

Le traitement mis en usage consiste principalement en bains avec irrigations durant le bain : les bains de piscine sont quelquefois prescrits avec avantage. Les irrigations ayant lieu sous l'eau, l'impulsion du jet est presque nulle; aussi n'est-ce que par exception qu'elles déterminent une irritation locale peu intense et facile à calmer. Le léger œdème du col, qui se montre parfois durant la cure et sans que les malades en aient conscience, est causé par l'infiltration de la membrane muqueuse du col ; il n'a aucune importance et il disparaît spontanément au bout de quelques jours. En même temps que l'état des malades s'améliore, on voit chez quelques-unes se déclarer un écoulement leucorrhéique passager, ou, s'il en existait un, il devient plus considérable.

La diminution ou la disparition de l'engorgement utérin, alors même qu'il dépend d'une métrite chronique, est le premier effet des eaux. Toutefois, il peut arriver que des malades achèvent leur cure sans éprouver d'amélioration importante dans leur état : cette amélioration ne se montre que consécutivement et d'une manière insensible.

Indépendamment de leur action résolutive générale, les eaux de Vichy exercent sur l'économie une action générale. Elles combattent, en outre, avec avantage, les accidents de dyspepsie et de gravelle urique, qui compliquent souvent les affections chroniques de l'utérus.

Digitized by Google

§ II. *Déductions à tirer des documents fournis par MM. les médecins inspecteurs.*

Le dépouillement des rapports envoyés par MM. les médecins inspecteurs pour la saison de 1856, nous a procuré les éléments du tableau ci-contre (n° V), qui, malgré les lacunes et les imperfections qu'il présente, peut fournir quelque lumière sur la situation approximative d'un grand nombre d'établissements thermaux, au double point de vue du mouvement des visiteurs et des ressources que leur séjour procure dans chaque pays.

La comparaison des résultats numériques de l'année 1856 avec ceux des quatre années précédentes, que nous avons réunis en un seul et même tableau dans notre rapport général de l'année dernière, tableau auquel se rapporte celui ci-dessous (n° IV), mettra encore mieux en évidence les avantages que la science et l'administration pourraient retirer de ces documents, s'il était possible de les obtenir régulièrement et de les rédiger avec soin et exactitude.

TABLEAU N° IV. — *Mouvement, en malades et en numéraire, de quelques établissements d'eaux minérales, pour les années 1854 et 1855.*

ÉTABLISSEMENTS.	VISITEURS payants.	VISITEURS gratuits.	DURÉE du séjour.	PRIX de la ferme ou régie.	ARGENT laissé dans le pays.
Bourbon-l'Archamb. en 1855 .	770	»	»	8,943	220,000 (1)
Châteauneuf-les-Bains (Puy-de-Dôme) en 1854	270	62	15 à 20 j.	Inconnu.	Inconnu.
Digne (Basses-Alpes) en 1854 .	100	50	20 j.	7,000	6,000
Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées) en 1854.	1,412	152	25 j.	11,700	200,000 (2)
Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées) en 1855.	1,424	156	25 j.	14,100	210,000
La Malou (Hérault) en 1855 . .	635	57	17 j.	»	80,000 (3)

(1) Sur 770 malades, 266 appartiennent à l'établissement thermal, 437 à l'hospice civil et 67 à l'hospice militaire. — Quant à la somme de 8,943 fr., elle représente le produit des bains et douches, et celui de la vente des eaux de Saint-Pardoux et de la Tollière. — Enfin, la rétribution acquittée à l'hospice s'est élevée à 10,101 fr. pour les malades civils, et 6,025 fr. pour les militaires.

(2) Aujourd'hui, la classe riche domine à Eaux-Chaudes, circonstance qui explique l'augmentation de la dépense.

(3) L'établissement est régi par le propriétaire.

Digitized by Google

TABLEAU N° V. — *Mouvement, en malades et en numéraire, des établissements d'eaux minérales pendant la saison de 1856.*

ÉTABLISSEMENTS.	VISITEURS payants.	VISITEURS gratuits.	DURÉE du séjour.	PRIX de la ferme ou régie.	ARGENT laissé dans le pays.
Aix (Bouches-du-Rhône)	353	58	26 j.	6,000	50 à 60,000
Allevard (Isère).	1,531	28	25 j.	59,000	560,000
Amélie-les-Bains (Pyrén.-Or.) .	400	50	160 j. hiv. 20 j. été	5,000	450,000
Audinac (Ariége)	1,000	8	15 j.	3,500	40,000
Aulus (Ariége)	790	60	15 j.	2,200 (1)	35,000
Avène (Hérault)	304	34	18 j.	16,000	30,000 (2)
Ax (Ariége)	1,649	324	15 j.	23,683	355,140 (3)
Bagnols (Lozère)	982	98	15 j.	11,000	160,000
Bains (Vosges)	827	13	16 j.	8,000	45,000
Barbotan (Gers) :					
1° Établissement de M. de Barbotan ;	800	200	12 j.	10,000	50,000
2° Établissement de M. Saurbé. . .	200	50	10 j.	1,500	3,000 (4)
Barèges [*hôpital militaire*] . .	196 officiers, 363 sous-officiers, gendarmes et soldats.				
Bilazais (Deux-Sèvres)	20	1	25 à 30 j.	1,272	
Boulogne (Pas-de-Calais).					
Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire).	731	205	21 j.	13,700	75,000
Bourbon-l'Archamb. (Allier) . .	937	. . . . .	. . . . .	9,710	200,000 (5)
Bourbonne-les-Bains [*hôp. mil.*]	769 en 1855, 901 en 1856 (6).				
Bussang (Vosges). (7)					
Castera-Verduzan (Gers)	835	52	12 à 15 j.	7,348	44,350
Charbonnières (Rhône)	1,600	130	20 à 24 j.	10,500	60,000
Châteauneuf-les-B. (Puy-de-D).	221	25	15 à 20 j.	Inconnu.	
Chaudes-Aigues (Cantal)	450	90	10 j.	600	40,000
Dax (Landes). (Saint-Pierre) . .	645	23	8 j.	800	6,000
— (Bibi)	610	80	8 j.	550	5,000
Digne (Basses-Alpes).	125	105	20 j.	11,500 (8)	11,500
Eaux-Chaudes (Basses-Pyrén.) .	1,431	226	25 j.	14,100	210,000
Encausse (Haute-Garonne) . . .	1,560	40	12 j.	2,600	30,000
Euzet et St-Jean de Ceyrargues. (Gard).	352	38	12 j.	4,000	35,000
Fonsanche (Gard)	500	22	20 j.	13,000	2,000
Forges-les-Eaux (Seine-Infér.) .	97	5	»	5,098	»

(1) Le prix de la régie n'est qu'approximatif, faute de contrôle possible.

(2) D'après les recherches récentes faites au laboratoire de la Faculté de médecine de Montpellier par M. Hagonenq, avec l'aide de M. Rousset et en présence de M. le professeur Béchamp, la proportion d'*arsenic* contenu dans l'eau d'Avène a été fixée, par litre, à 0gr.,00008771, ce qui correspond à 0gr.,00025850 d'arséniate de soude, forme sous laquelle il paraît vraisemblable que ce métalloïde existe dans la somme dont il s'agit.

(3) Parmi les malades payants, 646 ont obtenu une réduction sur le prix du tarif.

(4) Chiffres approximatifs faute de renseignements directs.

(5) Sur les 937 malades, 475 ont été traités à l'hospice civil, et 80 à l'hospice militaire. Les premiers ont donné un produit de 11,739 fr. ; les seconds, de 6,720 fr. Les 9,710 fr. mentionnés comme prix de la régie s'appliquent au produit des bains et douches pris à l'établissement (7,903 fr.) et à celui des sources de Saint-Pardoux et La Tollière (1807 fr.).

(6) Le rapport comprend les deux années.

(7) Eaux exportées.

(8) Dans la somme attribuée à la ferme ou régie se trouve le prix du logement des malades étrangers.

Digitized by Google

ÉTABLISSEMENTS.	VISITEURS payants.	VISITEURS gratuits.	DURÉE du séjour.	PRIX de la ferme ou régie.	ARGENT laissé dans le pays.
Gréoulx (Basses-Alpes)	299	27	20 à 25 j.	12,000	100,000
La Bourboule (Puy-de-Dôme)	244	22	15 j.	4,690	24,000
La Chaldette (Lozère)	300	150	14 j.	1,745	18,000
La Motte-les-Bains (Isère)	360	101	17 j.	6,000	55,000
Lavardens (Gers)	144	15	10 j.	975	2,880
Luxeuil (Haute-Saône)	633	36	25 j.	12,720	150,000
Maska (Gers)	160	12	10 j.	2,500	5,000
Monestier de Briançon (H.-Alp.)	15	3	13 j.	90	450
Montmirail (Vaucluse)	1,100	105	10 j.	4,500 (1)	40 à 50,000
Neyrac (Ardèche)	550	50	10 a 15 j.	»	30 à 40,000
Niederbronn (Bas-Rhin)	1,895	56	14 j.	4,200	100,000
Pierrefonds-les-Bains (Oise)	310	15	30 j.	50,000	200,000
Plombières (Vosges)	1,684	78	»	50,680	550,000
Préchacq (Landes)	295	65	10 j.	1,500	4,500
Propiac (Drôme)	800	»	8 à 10 j.	2,700	»
Provins (Seine-et-Marne)	245	3	19 j.	780	»
Rennes (Aude)	1,400	300	15 j.	15,500	100,000
Royat (Puy-de-Dôme)	1,530	200	15 j.	21,300 (2)	9,000
St-Alban (Loire)	514	32	»	16,000 (3)	48,000
St-Amand (Nord)	80	4	20 j.	12,000	15,000
St-Honoré (Nièvre)	138	42	21 j.	4,513	19,000
St-Laurent (Ardèche)	1,000	»	9 j.	10,000	25 à 30,000
St-Loubouer et d'Espérons (Landes)	800	»	12 j.	5,750	18,000
St-Sauveur (Hautes-Pyrénées)	400	50	30 à 45 j.	8,639	300,000
St-Vincent-de-Xaintes (Landes)	200	3	12 j.	1,500	14,000
Saubusse (Landes)	23	170	6 j.	160	400
Sylvanès et Camarès (Aveyron)	725	25	12 j.	5,300	48,000
Tercis (Landes)	295	10	12 j.	1,600	14,000
Trébas (Tarn)	292	40	14 j.	4,185	14,000
Ussat (Ariége)	807	326	20 à 25 j.	47,000	140 à 150,000

(1) Le chiffre 4,500 fr. exprime le produit net, qui équivaut à la moitié environ du produit brut.
(2) La somme de 21,300 fr. comprend les produits des bains, douches, buvettes, location de linge, etc.; il faut en déduire le prix de ferme payé à la commune, les honoraires de l'inspecteur, les gages des gens de service et les impositions.
(3) Dans les 16,006 fr. ci-contre sont compris les produits de l'expédition des eaux et de l'emploi du gaz.

§ III. *Travaux exécutés en* 1857-58 *par la commission des eaux minérales et par divers membres de l'Académie.*

A cette section se rapportent :

1° Les analyses exécutées depuis la dernière séance générale, dans le laboratoire de l'Académie, par notre honorable collègue M. Ossian Henry.

Digitized by Google

2° Les communications et les rapports faits par divers membres de la Compagnie.

Les rapports relatifs aux analyses sont au nombre de dix-sept.

Voici les noms des provenances des eaux soumises à l'analyse :

1° Eau minérale de Dinan (Côtes-du-Nord). Séance du 12 janvier 1858 (*Bullet. de l'Acad. de médecine*, t. XXIII, p. 214.)

2° Eau minérale de Blotzheim (Haut-Rhin). *Ib.*, *ib.*, p. 215.

3° Eau minérale de Saint-Loubouer (Landes). *Ib.*, *ib.*, p. 215.

4° Eau minérale d'Argentières (Allier). *Ib.*, *ib.*, p. 217.

5° Sources sulfureuses de Montbrun (Drôme). *Ib.*, *ib.*, p. 219.

6° Sources découvertes à Contrexeville (Vosges). Séance du 13 avril. *Ib.*, p. 579.

7° Source découverte à Martigny-les-Lamarche (Vosges). *Ib.*, *ib.*, p. 581.

8° Eau minérale de trois sources de Fontaine-Bonneleau (Oise). *Ib.*, *ib.*, p. 583.

9° Eau d'une nouvelle source découverte à Cransac (Aveyron). Séance du 18 mai. *Ib.*, p. 729.

10° Eau minérale ferrugineuse de la fontaine Marina (Haute-Marne). *Ib.*, *ib.*, p. 731.

11° Eau d'une nouvelle source découverte à Casteljaloux (Lot-et-Garonne). Séance du 1er juin. *Ib.*, p. 761.

12° Eau minérale découverte à Chambon (Puy-de-Dôme). *Ib.*, *ib.*, p. 762.

13° Eau minérale de Saint-Romain (Loire). *Ib.*, *ib.*, p. 764.

14° Produits provenant des sources minérales d'Alet (Aude). Séance du 27 juillet. *Ib.*, p. 1051.

15° Eau minérale découverte à Moingt (Loire). *Ib.*, *ib.*, p. 1053.

16° Eau minérale de Vellerou (Vaucluse). *Ib.*, *ib.*, p. 1055.

17° Eau minérale découverte à Meyras (Ardèche). *Ib*, *ib.*, p. 1057.

Quatre rapports vous ont été présentés au nom de la Commission des eaux minérales. En voici les titres :

1° Sur la fabrication des eaux minérales artificielles (rapport par M. Boudet). Séance du 26 janvier 1858 (*Bullet. de l'Acad. de médecine*, t. XXIII, p. 271.)

Digitized by Google

2° Sur une proposition faite par M. le docteur Aulagnier, relative à la glairine et à la barégine (rapport par M. Boudet). Même séance, p. 273.

3° Sur une réclamation de M. le docteur Lagasquie et sur la nécessité d'une mesure d'ordre pour rendre l'administration des sources minérales plus profitable à l'humanité et à la thérapeutique (rapport par M. Pâtissier). Séance du 13 juillet. *Ib.*, p. 947.

4° Sur une demande en autorisation de fabrication d'eau gazeuse (rapport par M. Boudet). Séance du 3 août. *Ib.*, p. 1071.

§ IV. — *Travaux et documents relatifs à l'hydrologie, mais étrangers au service des eaux minérales.*

Sur la source des yeux, aux bains d'Hercule dans la Hongrie. — M. le docteur Caillat, aujourd'hui médecin inspecteur-adjoint des eaux de Bourbon-l'Archambault, a profité d'un voyage qu'il fit en 1854 dans les provinces danubiennes, pour étudier sur les lieux mêmes la médication suivie aux bains d'Hercule dans le traitement des maladies des yeux. — Voici l'analyse de cet important travail :

L'établissement des bains d'Hercule est situé en Hongrie, au pied des monts Carpathes, vers les confins du Banat, au comté de Témeswar, près la frontière valaque, et à 12 kilomètres environ de la petite ville d'Eski-Orsowa. Il est désigné, dans les vieux livres hongrois, sous le nom de *Thermæ Herculanæ* ou *ad Herculem*, et il figure sous celui d'*Erculeu*, dans les anciennes cartes des peuples de la Roumanie. Les auteurs modernes l'appellent improprement *Méhadia*, du nom d'un village bâti à quelque distance, sur les bords de la Bella-Recca, et où n'ont jamais existé de sources d'eau minérale.

La rivière *Tcherna* ou *Czerna*, qui traverse la station des bains d'Hercule, présente, à partir du point où elle reçoit les sources minérales, une coloration foncée due à la présence d'une magnifique conferve d'un vert sombre, qu'y font naître ces sources : cette circonstance est sans doute l'origine de la dénomination de Tcherna appliquée à ce cours d'eau, dénomination qui en slave et en roumain signifie *noir*.

Parmi les sources nombreuses et importantes qui font des bains d'Hercule l'établissement le plus célèbre et le plus fréquenté de toute

Digitized by Google

l'Europe orientale, il en est une appelée *source des Yeux* (*fontes ophthalmici* des anciens auteurs, *Augen-Brunnen* des Allemands, etc.), elle se recommande spécialement à l'attention des médecins, non-seulement par le grand nombre des malades qui s'y rendent chaque année, mais surtout par le traitement spécial qu'ils viennent y suivre et qu'on n'emploie dans aucun autre lieu.

Cette fontaine sort du calcaire carpathique ou à cavernes, par un jet autrefois divisé, aujourd'hui unique et assez fort : M. Caillat a calculé que, pendant son séjour, le rendement de cette source s'élevait à 17 mètres cubes environ en vingt-quatre heures ; sa température était de 47 degrés centigrades, le thermomètre marquant 22 degrés à l'ombre. Mais ces évaluations sont loin d'être constantes, et M. Caillat, nous apprend qu'elles varient, suivant les saisons, dans des limites très étendues. Il est vraisemblable que cela tient au mélange des eaux pluviales avec l'eau thermale, et que celle-ci, convenablement captée, présenterait plus de constance dans son volume, sa température et sa composition chimique.

L'eau de la *source des Yeux* n'a pas été soumise à une analyse récente et complète ; toutefois M. Caillat, mettant à profit les travaux des auteurs qui l'ont précédé, la range par assimilation avec une autre source de la même localité, celle de *Kaisersbad*, parmi les eaux *chlorurées sulfureuses sodiques* et *calciques :* la proportion des principes fixes serait d'environ 46 grains dans 16 onces d'eau, quantité dans laquelle le *chlorure de sodium* entrerait pour 29 grains 1/2 et *celui de calcium* pour 15,4. En admettant que la valeur du grain soit de 0^{gr},061, et celle de l'once, 29^{gr},238, on trouve qu'un litre d'eau de la *source des Yeux* doit contenir près de 6 grammes de principes fixes, dont 3^{gr},8 environ de *chlorure de sodium*, et un peu plus de 2 grammes de *chlorure de calcium*. Il y a aussi une assez forte proportion d'*acide sulfhydrique* et d'*acide carbonique* libres.

Un grand pavillon a été construit à proximité de la *source des Yeux*, la porte s'ouvre à un pas de la fontaine, et dans l'intérieur se trouve une table et des bancs de bois en forme de fer à cheval où vingt-quatre personnes peuvent à la fois prendre place.

Voici maintenant en quoi consiste le procédé employé dans l'établis-

Digitized by Google

sement pour le traitement des maladies chroniques des yeux :

« Le malade assis sur le banc du pavillon, et ayant la tête et les » épaules couvertes par un grand châle ou plusieurs serviettes épaisses, » se penche et approche les yeux, d'abord fermés, puis ouverts, très » près d'une tasse de quatre à cinq cents grammes de capacité, placée » devant lui sur la table et préalablement remplie de l'eau thermale à la » source même. Au bout de cinq à six minutes, le gardien présente une » autre tasse, pour remplacer la première, qu'il enlève. Il renouvelle de » la même manière l'eau de la fontaine prise et immédiatement portée, » après sa sortie du rocher, sous les yeux du malade, immobile ou à » peu près, cinq ou six fois pendant toute la durée de la séance, qui ne » se prolonge guère habituellement au delà d'une demi-heure. L'organe » affecté est ainsi soumis directement aux émanations spontanées du » liquide thermo-minéral, dans lequel il ne plonge pas, mais de la sur- » face duquel il se rapproche de plus en plus, au point de n'en être » bientôt plus séparé que par un intervalle d'un ou deux centi- » mètres.

» Pendant tout ce temps, les bords et les coins du châle, qui couvre » toute la partie supérieure du corps incliné en avant, retombant sur la » table, emprisonnent au milieu d'une atmosphère échauffée par l'air » expiré du malade, et surtout par les vapeurs chaudes et excitantes de » l'eau minérale, les yeux, la face et toute la tête ainsi enfermés dans » une sorte d'étuve.

» Sous l'influence de ces moyens, la conjonctive se colore rapidement » en rouge vif, et l'œil ne tarde pas à éprouver des picotements et un » sentiment de chaleur très prononcés, suivis bientôt d'un larmoiement » des plus abondants. Une supersécrétion des liquides a également lieu » sur toute la surface muqueuse des fosses nasales ; en même temps, » les paupières, le front et les joues rougissent à leur tour ; enfin, une » transpiration copieuse inonde le cou, la face et toute la tête. Ces effets, » produits par les émanations de cinq à six tasses seulement, pleines » du liquide thermal, paraîtront peu étonnants, si l'on songe que ces » vapeurs exercent leur action dans un espace confiné à limites extrême- » ment restreintes. La séance terminée, le malade essuie avec soin la » sueur qui le couvre, quitte le pavillon, et dirige ses pas vers l'une ou » l'autre des riantes promenades de ce charmant pays. »

Digitized by Google

Il n'y a pas de règle fixe relativement à la répétition et à la durée des séances, à la fréquence du renouvellement de l'eau minérale pendant chacune d'elles ; la sensibilité et l'irritabilité des yeux servent de guide à cet égard.

Quelques malades associent au traitement topique l'usage en boisson de la même source, ou de préférence, celle de Karlsbad, généralement employée par les autres visiteurs des bains d'Hercule.

Enfin, dans des cas très rares, on a aussi recours aux émissions sanguines locales ou générales.

La durée du traitement varie de trois à six semaines, et la saison s'étend du 1er juin au 1er septembre.

Comme effets de ce traitement nous signalerons tout d'abord une augmentation rapide et très abondante des sécrétions locales, excitées vivement par le contact des vapeurs hydro-minérales ; la peau, la conjonctive, les glandes lacrymales, celles de Meïbomius, la membrane muqueuse elle-même, versent à flots les liquides qu'elles sont chargées d'élaborer ; ceux-ci baignent, ramollissent, entraînent les mucosités purulentes amassées et desséchées, qui, collant les cils entre eux, mettaient plus ou moins complétement obstacle aux mouvements des paupières. En quelques instants les yeux s'ouvrent sans effort ni tiraillement, et permettent aux vapeurs de pénétrer dans les moindres replis de la muqueuse oculo-palpébrale. Cette supersécrétion, dont les produits, pour l'œil lui-même, varient suivant la nature de la maladie oculaire, amène, avec le dégorgement des tissus, une sorte de détente locale, à laquelle prennent part les organes voisins, pommettes, front, tempes, cuir chevelu, qui sont inondés de sueur pendant toute la durée de l'opération.

A la suite de ces effets primitifs et immédiats, on constate une injection vive des parties chroniquement enflammées, et une légère coloration de celles qui sont saines : en même temps les sécrétions normales et pathologiques restent suspendues. Au bout de quelques heures, les tissus commencent à pâlir, et le travail sécrétoire à reprendre sa marche accoutumée.

« Chaque séance est accompagnée et suivie du même cortége de phé-
» nomènes, dont l'effet primitif est de ranimer la vitalité, d'activer la
» circulation, de détruire les stases sanguines et humorales, et surtout,

Digitized by Google

» de changer la nature des altérations pathologiques; puis, après un » temps variable, le résultat final de ce genre de traitement est de » rendre aux membranes leur sensibilité normale, de provoquer la ré- » sorption de la lymphe plastique épanchée entre les lames de la cornée » ou déposée dans des parties plus profondes; de ramener à l'état de » conjonctivites simples, et par conséquent facilement guérissables, les » ophthalmies entachées d'un vice spécifique; de favoriser la résolu- » tion des follicules et des glandules hypertrophiés du bord libre des » paupières et celle des granulations conjonctivales; de cicatriser les » ulcères palpébraux, en détergeant d'abord leur fond, mieux que ne » peuvent le faire les autres moyens employés habituellement, et en » détruisant ensuite le principe diathésique, dont la présence est un » obstacle à toute guérison un peu solide, etc. »

Les maladies chroniques des yeux auxquelles la médication que nous venons de faire connaître est appliquée avec le plus de chances de succès, sont : 1° les blépharites muqueuse, glanduleuse ou ciliaire, et leurs variétés; 2° les ophthalmies scrofuleuses; 3° les kératites, avec ou sans ulcération et opacités; 4° les blennophthalmies ou ophthalmies catarrhales, et les granulations qui en sont souvent la conséquence, entraînant fréquemment, à leur tour, l'inflammation et l'opacité de la cornée transparente; 5° les conjonctivites et blépharites, consécutives aux fièvres exanthématiques de l'enfance, qui sont presque toujours liées à un vice scrofuleux ou herpétique; 6° enfin les taies de la cornée.

M. Caillat pense que les *amauroses* non congestives, et encore au début, les *cataractes* commençantes, et particulièrement les *tumeurs lacrymales*, pourraient s'amender et même guérir par l'application du procédé hongrois.

Il est presque inutile d'ajouter que les inflammations aiguës des yeux, l'état de congestion native vers ces organes ou vers le cerveau, l'imminence de la répercussion du côté de l'organe de la vue, d'un travail physiologique ou morbide, sont des contre-indications formelles à l'emploi de ce procédé.

Quant au mode d'action de ce traitement, M. Caillat cherche à établir dans son mémoire que les émanations gazeuses et salines de l'eau minérale ont, localement, un premier effet *substitutif:* que les sécrétions abondantes qu'elles déterminent donnent lieu à un second effet, qui est

Digitized by Google

dérivatif, et qu'enfin la portion des principes immédiatement introduits dans l'économie par inhalation, ne peut manquer d'exercer une influence générale *antidiathésique*, influence dont la part s'accroît proportionnellement à la quantité d'eau minérale employée en boisson par certains malades.

Terminons cette analyse en disant avec l'auteur que « le procédé » hongrois a sur les autres le mérite d'être d'une application facile et » tout à fait innocente. . . . . mais, en outre, il a de plus celui » d'amener une prompte guérison. »

Dans beaucoup d'établissements thermaux, en France et à l'étranger, il existe, soit des sources consacrées au traitement des maladies des yeux, soit des méthodes particulières pour combattre ces affections. Mais le mode suivi aux bains d'Hercule n'en constitue pas moins une application tout à fait spéciale des eaux minérales, et l'introduction de ce procédé dans plusieurs de nos stations thermales, mais notamment aux sources sulfureuses à constitution peu fixe, serait sans doute d'une grande utilité, et augmenterait nos ressources en fait de thérapeutique oculaire.

IV. — *Conclusions.*

Des faits signalés dans le présent rapport il résulte que le service des eaux minérales pendant la saison de 1856, accompli avec zèle par MM. les inspecteurs dans les établissements confiés à leurs soins, présente, comme les années précédentes, de regrettables lacunes au point de vue des rapports adressés par nos confrères à l'administration supérieure.

Pour la majeure partie des sources, dont plusieurs sont des plus importantes, l'Académie n'a reçu aucune espèce de communication.

Les rapports relatifs à quelques autres consistent en un simple cahier de papier blanc ou ne renferment que de rares indications sommaires.

Beaucoup d'autres, mieux remplis en apparence, sont rédigés de façon à ne pouvoir fournir à la statistique thermale aucun élément utile.

Mais il en est plusieurs qui se recommandent par le nombre des observations recueillies avec soin, disposées avec méthode, analysées avec sagacité.

Ces derniers peuvent être recommandés comme des modèles, et, cir-

Digitized by Google

constance que nous ne devons pas laisser dans l'oubli, ils appartiennent presque toujours aux mêmes inspecteurs, dont l'ambition ne se trouve pas satisfaite par les récompenses honorifiques que l'Académie a précédemment sollicitées et obtenues pour eux.

En présence d'un zèle aussi soutenu, zèle que l'Académie n'a pu récompenser jusqu'ici que par une *médaille de bronze*, *d'argent* ou un *rappel de médaille avec mention honorable*, votre Commission exprime le vœu qu'une *médaille d'or* puisse être mise à la disposition de la Compagnie, pour honorer exceptionnellement ceux de MM. les inspecteurs dont les rapports annuels offrent d'une manière habituelle et soutenue les conditions de supériorité que nous venons de signaler.

Cette médaille d'or, la plus rare, et par conséquent la plus précieuse récompense que l'Académie pût être appelée à demander pour le service des eaux minérales, pourrait aussi être attribuée à des travaux extraordinaires accomplis avec les éléments puisés dans ce service.

Quant à ceux de MM. les inspecteurs qui, rebutés par les difficultés inhérentes à l'exercice de leurs fonctions, ou par tout autre motif, s'abstiennent d'envoyer leurs rapports annuels, ou n'en adressent que d'insuffisants, votre Commission a l'honneur de vous proposer de réclamer auprès de M. le ministre l'exécution des mesures précitées, qui sont propres à faciliter à nos confrères leur service d'inspection, afin d'être en droit d'exiger d'eux l'accomplissement régulier de la mission qui leur est confiée.

Elle a également l'honneur de vous proposer de demander à M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics d'accorder les récompenses suivantes pour le service de la session thermale de 1856 :

1° *Rappel de médaille d'argent et mention honorable.*

A MM. *Caillat*, médecin inspecteur adjoint de Bourbon-l'Archambault, auteur d'un *Mémoire sur la source des Yeux, aux bains d'Hercule, en Hongrie.*

Chapelain, médecin inspecteur à Luxeuil, dont le rapport annuel renferme 85 observations détaillées et un tableau récapitulatif relatif à 212 cas pathologiques.

Dufresse de Chassaigne, médecin inspecteur à Bagnols, qui a déjà été honoré en 1854 de la même distinction. Le rapport de M. Dufresse de

Digitized by Google

Chassaigne renferme 394 observations rédigées avec soin, et disposées très méthodiquement.

2° *Médailles d'argent.*

A M. *Barthez*, médecin en chef de l'hôpital thermal de Vichy, qui a envoyé un mémoire résultant de 1591 observations cliniques recueillies à l'hôpital militaire de Vichy de 1847 à 1856, dont l'analyse a été donnée dans le cours du présent rapport.

M. *Cabrol*, médecin en chef de l'hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains, qui a joint à son registre annuel d'observations un excellent rapport médical rédigé d'après ces mêmes documents cliniques.

MM. *Henry fils* et *Humbert*, inventeurs d'un procédé d'analyse des préparations iodées, dont l'application aux eaux de Vichy a permis de démontrer dans ces eaux la présence de l'iode jusqu'ici contestée par des chimistes d'une grande habileté pratique.

M. *Charmasson de Puy-Laval*, inspecteur adjoint des eaux de Saint-Sauveur, dont le travail annexé au rapport annuel et ayant pour titre : *Mémoire sur les eaux de Saint-Sauveur*, constitue une excellente monographie de cette source thermale.

M. *Regnault*, inspecteur de Bourbon-l'Archambault : dans son rapport de cette année, M. Regnault s'est occupé d'une manière spéciale de la détermination des cas dans lesquels les eaux de Bourbon-l'Archambault étant ordinairement efficaces, peuvent encore être utilement employées, malgré la complication d'une phthisie commençante.

M. *Sales-Girons*, inspecteur de Pierrefonds, qui s'est distingué par des recherches persévérantes sur l'emploi et l'action des eaux minérales amenées à un état de division assez complet pour être rendues respirables. Les recherches de M. Sales-Girons sont consignées à la fois dans ses rapports de 1855 et 1856, et dans l'ouvrage qu'il a publié sous le titre de : *Traité théorique et pratique des salles de respiration nouvelles (à l'eau minérale pulvérisée) dans les établissements thermaux, pour les maladies de poitrine.*

M. *Willemin*, inspecteur adjoint des eaux de Vichy, pour son ouvrage intitulé : *De l'emploi des eaux de Vichy dans les affections chroniques de l'utérus ;* ce travail est le résultat de l'analyse de 66 observations recueillies par l'auteur dans l'établissement thermal précité.

Digitized by Google

3° *Médailles de bronze.*

A M. *Arrat-Balous*, inspecteur à Saint-Loubouer et d'Espérons. Le rapport de ce médecin contient, entre autres particularités intéressantes, des observations au nombre de onze, sur la *pellagre* et sur l'influence exercée dans la production de cette maladie par l'usage du maïs comme aliment.

M. *Auphan*, inspecteur d'Euzet, qui a joint à son rapport annuel un travail spécial ayant pour titre : *Des eaux minérales froides sulfuro-bitumineuses à base de chaux et de magnésie, d'Euzet-les-Bains* (Gard). Dans ce travail se trouve résumé tout ce que l'on sait de plus positif sur les sources de cette localité.

M. *Rérolle*, inspecteur adjoint à Bourbon-Lancy, dont le rapport annuel contient des notes sur 252 malades, avec tableau récapitulatif, et accompagné d'un mémoire sur le *rhumatisme viscéral*, mémoire composé avec des observations cliniques recueillies dans l'établissement thermal.

M. *Millet* (*Xavier*), inspecteur à Montmirail (Vaucluse) : le rapport de ce médecin est très soigné : il renferme 85 observations assez détaillées et un tableau récapitulatif de 648 cas.

4° *Mentions honorables.*

A MM. *Blouquier*, inspecteur à Fonsanche.
Jaubert, inspecteur à Gréoulx.
Lafon, inspecteur à Trébas.
Mattet, inspecteur à Castera-Verduzan.
Silve, inspecteur à Digne.

Les rapports de ces médecins sont rédigés avec un soin remarquable.

Digitized by Google

MÉMOIRES
DE
L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

MÉMOIRES.

OU FINIT LA RAISON?
OU COMMENCE LA FOLIE?

AU POINT DE VUE DE LA CRIMINALITÉ DE L'ACTION

DANS LA FOLIE TRANSITOIRE HOMICIDE?

LECTURE FAITE DANS LA SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE DU 14 DÉCEMBRE 1838,

PAR M. ALPHONSE DEVERGIE,
Secrétaire annuel.

MESSIEURS,

Dans la séance publique annuelle de 1833, M. Marc prononçait à l'Académie un discours sur la monomanie (1).

Il s'efforçait de faire pénétrer dans les esprits les idées nouvelles que la science de l'aliénation mentale avait formulées.

Permettez-nous de nous appuyer sur ce précédent, pour traiter aujourd'hui un sujet du même genre, et enregistrer un progrès dans une

(1) *Considérations médico-légales sur la monomanie* (*Mémoires de l'Académie de médecine*. Paris, 1833, t. III, p. 29 et suiv.).

Digitized by Google

des branches de notre art, auquel nous consacrons tous et notre temps et nos veilles.

Le 10 novembre 1854, un jeune homme à peine âgé de dix-neuf ans, le fils d'un des négociants les plus considérables et les plus honorables de Bordeaux, dînait avec son père, qu'il chérissait, et sa belle-mère, pour laquelle il avait conçu, dès l'âge de neuf ans, de l'éloignement d'abord, et plus tard une aversion de plus en plus profonde.

Le dîner, auquel devaient assister quelques amis, se passe sans incidents. Au dessert, le jeune Jules quitte la table; il se rend au salon pour se chauffer : le feu n'y avait pas été allumé. Il monte à sa chambre, prend son fusil et son chapeau de paille pour aller faire une promenade dans la campagne, ainsi qu'il en avait l'habitude; lorsqu'une pensée de suicide, qui depuis un mois le tourmentait, surgit tout à coup dans son esprit, et tout à coup aussi se change en la pensée de *tuer sa belle-mère*.

Il jette son fusil; va chercher dans la chambre de son frère deux pistolets chargés depuis trois semaines, sans savoir comment ils l'ont été, alors qu'il a sous sa main ses propres pistolets qu'il a chargés la veille.

Il descend dans la salle à manger, s'approche de sa belle-mère encore à table avec son mari, et lui décharge un des pistolets à la tempe.

Madame X..... s'affaisse; le jeune homme recule, immobile, appuyé contre le mur. Son père se lève pour se jeter sur lui; lorsque se réveille dans l'esprit de Jules le sentiment de sa propre conservation. Il fuit alors à travers la cuisine, au milieu des domestiques qui accourent au bruit de la détonation, et il s'écrie: « *Je suis un fou, un insensé! Je viens de tuer ma belle-mère!* »

Il sort de la maison, se rend chez le commissaire de police, s'y constitue prisonnier, et lui raconte les circonstances du fait.

Avant ce meurtre, et jusqu'à ce meurtre, la vie de ce jeune homme avait été régulière, on pourrait dire exemplaire; il fuyait les jeunes gens de son âge, ou les fréquentait peu, malgré son immense fortune. Il remplissait tous ses devoirs de fils; il avait tous les rapports affectueux de frère; son travail était régulier chez un banquier.

Si l'acte que le jeune Jules avait commis avait été un acte de folie, il y avait donc eu chez ce jeune homme un passage brusque, rapide, instantané de la raison à la folie, comme un retour instantané de la folie à la

Digitized by Google

raison. C'était donc là un exemple très tranché de cette espèce de folie que l'on a nommée *transitoire*.

Où avait été, dans ce cas, la limite entre la raison et la folie ? Par quelles nuances d'altérations les facultés intellectuelles avaient-elles passé pour opérer une pareille transition et atteindre des extrêmes si opposés ? Voilà ce que nous aurons à rechercher. Toujours est-il que le jury de la Cour impériale de Pau, à laquelle l'affaire fut renvoyée, adoptant la manière d'interpréter le meurtre que nous lui avions soumise,—MM. Gintrac et Delafosse de Bordeaux, Calmeil, Tardieu et moi, — a considéré le jeune Jules comme ne jouissant pas de son libre arbitre au moment de l'action, car il a prononcé un verdict d'acquittement pur et simple.

Qu'il y a loin, messieurs, d'un pareil jugement à cette époque encore peu reculée de nous où M. Dupin, alors avocat, écrivait en ces termes au préfet de police d'alors :

« La monomanie est une ressource nouvelle de la médecine ; mais » elle serait trop commode, tantôt pour arracher les coupables à la juste » sévérité des lois, tantôt pour priver arbitrairement un citoyen de sa » liberté. Quand on ne pourrait pas dire : *Il est coupable,* on dirait : » *Il est fou.* Et l'on verrait *Charenton* remplacer *la Bastille* (1). »

C'était au mois de mars 1826, et à l'occasion d'un sieur D..... supposé détenu *arbitrairement* à Charenton. Or, cet individu monomane avait eu, pour idée fixe, depuis 1804 jusqu'à l'époque que nous venons de citer, d'être aimé de toutes les princesses françaises ; il leur remettait ou jetait dans leur voiture des lettres dans lesquelles il retraçait ses souvenirs amoureux. Il avait déjà été l'objet de cinq arrestations, et cependant il jouissait de la plénitude de ses facultés intellectuelles sur tout autre sujet. C'était un homme lettré ; et c'est ainsi que le célèbre Dupin avait été conduit à l'erreur.

Qu'il y a loin aussi de ce temps où une des personnes les plus éminentes dans la magistrature disait à Marc, à l'occasion d'un procès du genre de celui de la Cour impériale de Pau : « *Ce sont des fous ; mais* » *ce sont de ces folies qu'il faut guérir en place de Grève.* »

(1) Marc, *De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires.* Paris, 1840, t. I^er^.

Digitized by Google

La science de l'aliénation mentale a donc fait de bien grands progrès, pour que ses doctrines aient pénétré jusque dans l'esprit des personnes les plus étrangères à la médecine ; pour s'être fait entendre et comprendre à la fois !

Quelles données a-t-elle donc fournies ?

Quels préceptes a-t-elle posés ?

Ces données et ces préceptes peuvent-ils diriger le médecin dans l'appréciation des faits, de manière à mettre en lumière aujourd'hui ce qui autrefois était l'objet de la dénégation la plus absolue, puisque ces idées trouvaient dans l'opinion générale la répulsion la plus complète ? C'est là ce que nous croyons devoir rechercher ; et, afin de montrer quelle distance nous sépare du passé, faisons un appel au passé.

C'était au commencement de ce siècle, Pinel avait répandu sur la science de l'aliénation mentale ses lumières si fécondes pour l'avenir. Ses élèves, Esquirol, Ferrus et Falret, et ceux-là même de ces derniers, Georget et Leuret, étudiaient et observaient ces nuances de la folie qui jusqu'alors avaient échappé aux médecins de cette époque. Marc, suivant de près ces études si sérieuses, rassemblait dans les annales judiciaires tous les faits qui pouvaient se grouper autour de ces idées nouvelles.

Alors parurent, en 1825, ces remarquables articles de Georget sur plusieurs procès criminels, dans les *Archives générales de médecine* (1), où il assignait et spécifiait le rôle de chacune des facultés intellectuelles, cherchant ainsi à les définir nettement et à établir leurs attributions respectives.

Hâtons-nous de dire qu'Esquirol d'une part, et M. Ferrus de l'autre, avaient jeté la lumière dans cette intelligence si nette et si lucide de Georget par leurs savantes leçons, leurs ouvrages et leurs articles, si profondément élaborés dans le *Dictionnaire des sciences médicales* (2).

Alors aussi on vit naître ces discussions animées entre médecins, magistrats, avocats, sur les monomanies ; mais les actes de *folie transitoire* ne furent qu'effleurés.

Par une coïncidence toute fortuite, avaient surgi, dans un laps de temps très court, les procès de Léger, Feldtmann, Lecouffe, Jean-

(1) Tomes VIII, X, XI, XII, XIII et XIV.

(2) Voyez Esquirol, *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal.* Paris, 1838, 2 vol. in-8.

Digitized by Google

Pierre, Papavoine, Henriette Cornier, qui avaient ouvert une large porte à des discussions psychologiques, discussions qui ne contribuèrent pas peu à faire prévaloir les principes que les maîtres de la science avaient posés.

Ainsi, dans une courte période de trente ans au plus, nous sommes passés de l'incrédulité, je dirai plus, de l'ignorance la plus profonde dans les nuances de la folie, à cet immense progrès qu'aujourd'hui magistrats et jurés ont accepté comme évidemment fondées, non-seulement les idées délirantes sur un seul point (monomanie), mais encore ces aberrations même passagères de la raison qui, aux yeux du monde, transformaient autrefois l'homme *probe* en un criminel *d'autant plus profond* qu'il avait porté la *perversion du cœur* jusqu'à cacher pendant de longues années, par les dehors de la conduite la plus irréprochable, la scélératesse de son action.

Ce ne sont plus les avocats qui font appel à la science pour venir en aide à leurs clients, ce sont les magistrats qui, frappés de l'énormité du crime, en présence du faible intérêt qui a pu diriger son auteur, s'adressent aux hommes de l'art, et les interrogent sur la criminalité ou la non-criminalité de l'action.

Toutefois, si la monomanie ou la folie délirante sur un seul point, avec ses nuances, ses variétés de monomanie *orgueilleuse*, *homicide*, *suicide*, *incendiaire*, *contagieuse* ou par *imitation*, est généralement acceptée par les magistrats et les jurés comme entraînant avec elle une idée délirante fixe, irrésistible, qui enchaîne la liberté morale et la domine tout entière, il faut dire que c'est surtout dans les cas où la monomanie est accompagnée d'hallucinations, et dont un fait cité par Esquirol entre mille nous offre un exemple frappant. Vous me permettrez de le citer :

Une jeune fille de la Salpêtrière ne voyait jamais Esquirol s'approcher d'elle, sans chercher à attenter à ses jours. Étant tombée malade, elle fut placée à l'infirmerie. Un jour elle se laisse aborder par lui en conservant le plus grand calme, jusqu'au moment où, se soulevant brusquement sur son lit, elle put saisir Esquirol par la cravate pour l'étrangler. C'est qu'elle était atteinte de monomanie homicide avec *hallucination*, car elle croyait voir dans Esquirol l'amant qui l'avait trompée.

En dehors de ces cas d'hallucinations, qui compliquent certaines

Digitized by Google

monomanies avec tendance à l'homicide, il y a bien encore quelquefois doute pour un certain nombre de magistrats et d'hommes du monde, surtout lorsqu'ils s'en rapportent à leur propre jugement, quelles que soient d'ailleurs leur capacité et leur profonde instruction. Le fait suivant, que j'emprunte au docteur Rennes (de Bergerac), vous donnera la mesure des erreurs graves auxquelles les magistrats peuvent être conduits lorsqu'ils ne croient pas devoir invoquer le concours des médecins.

Le sieur Baupuy, homme honnête et portant la probité jusqu'au rigorisme, chérissant sa mère et l'entourant de tout son amour, s'était marié avec une de ses cousines ; mais il lui avait déclaré peu de temps après son mariage, que si elle avait des enfants il se séparerait d'elle.

Que l'on juge de l'accueil que reçut le docteur Rennes lorsque, appelé plus tard à accoucher la jeune femme, il vint tout radieux annoncer à Baupuy l'heureuse délivrance de la mère !... Quelque temps après elle était renvoyée dans sa famille, ainsi que son enfant, qu'il chercha bientôt à déposséder de ses biens paternels.

La mère de Baupuy succombe. Très adroit de ses mains, très ingénieux d'ailleurs, cet homme lui fabrique un cercueil de bois et un cercueil de plomb ; il y place sa mère, et enferme ces restes funèbres dans un four de sa propre maison.

Bientôt il se croit entouré d'espions et d'ennemis ; il ne sort qu'armé jusqu'aux dents, et répand la terreur autour de lui. Plus tard il suppose que l'on veut l'empoisonner ; alors il achète ses provisions, prépare ses aliments, se sert lui-même, et ne permet à aucun domestique d'entrer dans sa maison. Il y accumule poudre, plomb, fusils, tout prêt à se défendre contre une invasion, et à incendier sa maison, sauf à s'y faire sauter la cervelle au milieu des flammes.

Il vend un bien qui lui reste ; et il a le soin de porter constamment dans la forme de son chapeau les 40,000 francs qui en sont le prix, de manière qu'il n'en puisse rien revenir à sa fille.

Un an s'écoule dans ce désordre de l'intelligence. Arrive le jour de la Toussaint. Baupuy a été surexcité. Il rencontre un domestique qui un an auparavant avait été obligé de se cacher pour éviter les suites de sa vengeance. Il lui tire deux coups de fusil, et lui traverse l'un des bras de deux balles ; un autre domestique accourt au secours du blessé. Baupuy lui fracasse la jambe et les reins.

Digitized by Google

Alors il rentre chez lui, saisit une mèche incendiaire, va mettre le feu à la grange de son plus proche voisin, et incendie ensuite sa propre maison.

Chacun s'empresse d'apporter du secours ; mais Baupuy, de l'une de ses fenêtres, décharge successivement huit coups de fusil sur les personnes qui approchent des deux foyers d'incendie. Il pousse à chaque coup de feu des cris stridents qui ressemblent aux éclats d'un rire infernal.

Bientôt l'incendie de sa propre maison fait des progrès ; une explosion a lieu : ce sont les amas de poudre qui ont pris feu ; enfin ce fou furieux disparaît au milieu des flammes.

Et au milieu de ces décombres que reste-t-il intact? Seul, le cercueil de sa mère !

Voilà l'homme dont le chef du parquet n'avait pu reconnaître la folie deux mois auparavant. C'est qu'en effet, dans ses moments de calme et en dehors de ses idées fixes, Baupuy avait la conversation la plus régulière, certain charme même dans la parole, et discutait à merveille sur tout autre sujet ; c'est qu'enfin il ne suffit pas d'intelligence et de sagacité pour juger un cerveau sain ou malade ; il faut encore avoir pardevers soi l'observation suivie de malades atteints de toutes les formes variées de la folie.

On a donc réalisé un immense progrès en mettant à l'état de pratique habituelle l'examen médico-légal en fait de question d'aliénation mentale, toujours posée dans les cas douteux.

Et si nous nous reportons à l'espèce d'aliénation qui fait l'objet de cette lecture, la *folie transitoire*, ne devons-nous pas considérer comme un véritable triomphe pour la science d'avoir pu obtenir l'acquittement du jeune homme de Bordeaux dont j'ai retracé l'acte criminel en apparence, au début de cette note.

Les médecins d'aliénés admettent en effet aujourd'hui, qu'en dehors de la démence, de la manie et de la monomanie, il existe une folie instantanée, passagère, qu'ils appellent *transitoire*, et en vertu de laquelle un individu sain d'esprit jusqu'alors, au moins en apparence, peut se livrer tout à coup à un acte homicide, et rentrer aussi brusquement à l'état de raison.

Digitized by Google

Cherchons donc à préciser ce qu'il faut entendre par *folie transitoire.*

Ce n'est pas cette espèce de folie à laquelle Marc et quelques autres médecins ont donné ce nom, c'est-à-dire à celle qui se montrerait accidentellement chez les individus épileptiques ou chez ceux adonnés à l'ivresse; au moins nous ne la comprenons pas ainsi. Lorsque l'acte délirant vient à se manifester à la suite de l'épilepsie ou de l'ivresse, les actes de folie se succèdent jusqu'à l'accomplissement de l'acte criminel, et les traces du délire persistent encore pendant un certain laps de temps après l'acte accompli.

Est-ce la folie transitoire, celle qui survient à la suite de passions persévérantes, comme les passions persévérantes conduisent à la monomanie?

Ce n'est pas encore là ce que l'on doit désigner sous ce nom; le meurtre commis sous l'influence du *fanatisme,* de l'*orgueil,* de la *haine,* de la *jalousie,* de la *colère,* de l'*amour,* a sa cause permanente *connue* qui agit d'une manière incessante sur la liberté morale, qui parvient à la dominer, à la vaincre pour se traduire en un acte criminel.

Les passions violentes abrutissent le jugement, mais elles ne le détruisent pas.

Elles conduisent l'esprit à des résolutions extrêmes, mais elles ne le trompent pas.

En un mot, l'homme agit alors sous l'influence de penchants qui finissent par dominer plus ou moins ses actions, mais il a la *conscience* des actes qu'il exécute; il en apprécie la portée et les conséquences; seulement, entraîné par les passions qui ont dicté ses actes, il fait bon marché de sa conscience.

En assimilant les passions à l'aliénation mentale, a dit Bellart (1), on justifie l'immoralité; on la place sur la même ligne que le malheur. L'homme qui agit sous l'empire d'une passion a commencé par laisser corrompre sa volonté; l'homme qui agit sous celui de l'infortune obéit comme une machine à une force dont il ne peut combattre la puissance.

Enfin il ne faut pas appeler *folie transitoire homicide* cet état de l'esprit qui est né sous l'influence d'une nature originairement mauvaise, pour laquelle ni l'*éducation,* ni les *préceptes,* ni les *exemples,* ni

(1) Plaidoyer pour l'affaire Gras, *Barreau français.*

Digitized by Google

les *contacts*, ni même *une position sociale quelquefois austère*, n'ont rien fait, et dont l'individu si malheureusement né a tout méconnu pour arriver peu à peu jusqu'à l'infamie.

Si dans quelques-uns de ces cas le mobile à l'action ne justifie pas l'action elle-même, le doute peut s'élever dans l'esprit du médecin; mais l'acte criminel ne saurait être alors qualifié de folie transitoire, parce qu'il a été peu à peu préparé par toutes les conséquences sociales d'une nature essentiellement vicieuse.

Toutes les causes que nous venons d'énumérer, prises isolément ou dans leur ensemble, expliquent parfaitement, au point de vue médical, l'idée délirante; moralement et légalement parlant, elles expliquent jusqu'à un certain point cette éruption brusque d'un acte de délire, et peuvent motiver, dans un certain nombre de cas, l'admission de circonstances atténuantes.

Mais, en dehors de la folie née sous l'influence de toutes ces causes, il peut se montrer un autre mode d'aliénation auquel on doit donner le nom de *folie transitoire*, c'est-à-dire sans prodromes apparents, sans cause prochaine ou éloignée appréciable pour le monde; surgissant aussi brusquement que l'explosion de la foudre, et cessant complétement avec l'acte criminel. N'est-ce pas l'histoire du jeune homme qui a été l'occasion de cette lecture, et la relation sommaire que nous avons faite de son acte réputé criminel ne dépeint-elle pas suffisamment l'espèce de délire auquel nous voudrions voir attacher cette dénomination.

Aucun mobile à l'action, soit dans des passions non suffisamment réprimées, soit dans une idée fixe acquise; antécédents et mœurs irréprochables; absence d'hallucinations; explosion de la folie se traduisant par un acte criminel, et retour instantané à la raison aussitôt l'acte accompli.

Voilà, suivant nous, les caractères de la *folie transitoire*. Cependant ce mot *transitoire*, parfaitement juste pour le monde, en ce sens que la folie n'est que passagère, quoique l'acte accompli soit de sa nature le plus criminel, ne me paraît pas d'une signification exacte pour le médecin. Les individus de cette catégorie ne doivent pas être considérés comme sains d'esprit, lorsqu'a brusquement surgi l'idée du crime, lorsque cette idée a constitué chez eux la pensée dominante, irrésistible, plus forte que le moi, plus forte que la volonté.

Digitized by Google

Des antécédents de famille, divers actes de la vie sociale, des penchants, des goûts plus ou moins pervertis, des tendances à la taciturnité, à l'isolement, des idées de suicide, s'étaient montrés le plus souvent depuis plusieurs années, et ils avaient précédé l'explosion de l'idée criminelle irrésistible.

De sorte que dire que le *passage de la raison à la folie* puisse être brusque, instantané pour le médecin, c'est commettre une erreur ; cet état a ses prodromes comme toute maladie ; et, suivant nous, *si ces prodromes n'existaient pas*, il nous serait impossible de voir dans l'action réputée criminelle un acte de folie.

Aussi M. Lélut (1) a-t-il dit avec beaucoup de vérité, à l'égard de cette espèce de folie, qu'à son point de départ et dans les dispositions mentales qui en sont la cause prédisposante ou constitutionnelle, *la folie est encore de la raison, comme la raison est déjà de la folie.*

C'est là, pour le médecin, un des premiers éléments de la solution de la question

Une seconde donnée d'un grand intérêt au point de vue maladif et moral, c'est la disproportion qui existe entre l'énormité de l'acte accompli et le mobile ou l'intérêt à le commettre.

Si l'on parcourt tous les procès criminels qui ont pu être intentés à l'occasion de pareils actes, et qui ont été d'ailleurs diversement jugés, mais qui pour le médecin étaient des actes de folie, on verra que le mobile à l'action n'était pas en rapport dans ses conséquences avec l'action elle-même.

En d'autres termes, l'accusé, en commettant le crime, avait en perspective l'échafaud, et dans le cas même de l'impunité, il ne retirait le plus souvent aucun avantage matériel ou moral de l'acte auquel il s'était livré.

Or, tout acte grave de l'homme, sain d'esprit, a un but. Le but à atteindre a d'autant plus d'intérêt, qu'il conduit à des conséquences plus importantes. Lorsque, pour conséquence de l'acte, l'individu met sa vie pour enjeu, c'est qu'il trouvera en échange des avantages matériels ou moraux plus ou moins considérables, et dont il devra largement profiter.

(1) *Recherches des analogies de la folie et de la raison*, à la suite de son ouvrage : *Le démon de Socrate*, p. 318.

Digitized by Google

S'agit-il des conditions dans lesquelles l'individu s'est placé pour accomplir l'acte réputé criminel? On est frappé de l'imprévoyance qui a présidé à l'accomplissement comme aux préparatifs de cet acte; ni le moment, ni le moyen n'auront été l'objet d'aucune préméditation. Il y a plus, l'acte criminel aura pu avoir été accompli dans le moment le plus défavorable, alors que l'inculpé avait mille occasions d'en cacher plus ou moins l'origine.

Loin de se soustraire à la justice, l'individu aliéné, homme honnête d'ailleurs, comprenant aussitôt l'énormité du crime qu'il vient involontairement de commettre, va quelquefois, je dirai presque le plus souvent, s'y livrer : c'est qu'alors l'idée dominante a brusquement cessé d'être. La liberté morale a repris son empire, le soi-disant criminel a cessé d'être fou.

Si l'on porte ses investigations sur l'état mental des aïeux paternels ou maternels de l'inculpé, il n'est pas rare de rencontrer un ou plusieurs membres de la famille qui se sont suicidés ou qui ont eu quelque atteinte plus ou moins durable d'aliénation mentale.

Sénèque a dit : « *Nullum magnum ingenium sine mixturâ dementiæ.* » — Sénèque avait été trop loin; mais Napoléon a dit vrai lorsqu'il a avancé cette proposition que : « *Entre un homme de génie et un fou, il y a à peine l'épaisseur d'une pièce de six liards.* »

L'antiquité nous offre dans *Socrate, Pythagore, Démocrite,* la preuve de l'exactitude de cette assertion; et parmi les grands hommes des temps modernes, le Tasse, Pascal, Rousseau, la justifient à plus d'un titre.

« Si je ne craignais, dit M. Lélut (1), de renouveler des douleurs contemporaines, je montrerais l'art, la littérature, la science, ayant à l'heure qu'il est des représentants assez nombreux dans les asiles ouverts au trouble de la raison. »

C'est qu'en effet le génie, après s'être abandonné à ses inspirations extrêmes, n'a plus qu'un pas à faire pour franchir la limite qui sépare la pensée de l'exaltation morbide; le fil, trop tendu, peut se briser, et alors l'artiste, le poëte, le savant, le philosophe, se sont changés en un pauvre insensé : tout à l'heure ils étaient la gloire du monde, actuellement ils sont l'objet de sa pitié!

(1) *Démon de Socrate.* Paris, 1856, p. 96.

Digitized by Google

Eh bien ! si l'on passe en revue les personnes qui ont été atteintes de folie transitoire, on les trouve généralement dans des conditions tout opposées : peu d'éducation, peu de moyens, intelligence bornée, taciturnité, en un mot, ensemble monotone et du physique et du moral.

Enfin, et c'est un contrôle d'une grande valeur, si l'on envisage le fait accompli à deux points de vue opposés, l'hypothèse d'un acte criminel, l'hypothèse d'un acte de folie, il faut, pour que l'une d'elles soit fondée, que l'on puisse expliquer tous les faits sans effort, tandis que l'autre présente une succession d'invraisemblances qui frappe tout d'abord le jugement, et qui éloigne de la réalité.

Cette dernière méthode est, pour le médecin, la voie qui conduit le plus sûrement à une saine appréciation ; c'est par elle que le doute se dissipe, que la conviction se forme, que la conscience s'éclaire.

C'est elle qui permet de porter la lumière dans l'esprit des magistrats et des jurés ; c'est à elle, il faut le dire, que nous devons d'avoir fait prononcer l'acquittement du jeune Jules, de Bordeaux, et voici dans quelles circonstances. Au lieu de nous livrer à une discussion scientifique sur la question, nous nous rendons à l'audience, nous faisons l'aveu qu'après avoir pris connaissance de toutes les pièces de la procédure, nous en avions reçu une impression fâcheuse, mais qu'après avoir envisagé les faits à deux points de vue différents, l'hypothèse d'un crime, celle d'une aliénation mentale, alors tout doute s'était dissipé dans notre esprit; et, procédant dans notre déposition comme nous l'avions fait dans notre cabinet, en mettant en relief tout le passé et le présent de l'accusé, sous le double rapport d'un acte de folie ou d'un crime, nous fûmes conduit à la conclusion formelle d'un de ces passages brusques des apparences de la raison à l'acte de folie qui constitue une sorte de paroxysme d'aliénation mentale avec ses prodromes, remontant à une époque éloignée, pour prendre peu à peu de l'accroissement jusqu'à l'explosion de l'acte réputé criminel.

Nous quittons immédiatement le prétoire; l'honorable M. Gintrac vient au-devant de nous, et, nous prenant les deux mains : « Vous avez sauvé l'accusé ! nous dit-il; dès ce moment, il est acquitté. » Et en effet, dès le lendemain, le verdict du jury était entièrement conforme aux prévisions de M. Gintrac.

Qu'avions-nous donc fait de plus que nos quatre confrères, nous

Digitized by Google

étions tous d'accord, tous cinq avions émis la même opinion?

Pas autre chose, si ce n'est d'avoir raisonné avec MM. les jurés comme nous avions raisonné avec nous-même; et cependant, quelques minutes auparavant, M. l'avocat général nous disait : « Vos confrères ont été entendus hier, et, je dois vous l'avouer, l'opinion publique, ainsi que celle de MM. les jurés, est restée la même, c'est-à-dire défavorable à l'accusé. » Et si je cite ce fait, ce n'est pas pour en tirer vanité, c'est pour faire comprendre aux médecins que, dans ces cas douteux, l'interprétation des actes, sous le double rapport que j'ai signalé, est un des éléments les plus propres à donner la solution de la question.

Dans l'espèce, le jeune Jules..... compte dans sa famille un grand-oncle maternel mort aliéné, avec propension au suicide; une tante du côté paternel s'est suicidée; une troisième personne, côté maternel, avait eu toute sa vie des idées bizarres et exaltées, au point de vivre tout à fait recluse.

Tout en reconnaissant l'urbanité de ce jeune homme envers tout le monde, chacun le dépeint comme étant sujet à des emportements sans motifs. Un jour il frappe de sa cravache un domestique qui ne s'était pas assez empressé de satisfaire son désir. Un autre jour, il se met dans un accès de colère furieux, parce qu'il ne peut entrer immédiatement dans la chambre où sa belle-mère prend un bain. « Quand il se mettait en colère, dépose un témoin, il s'en prenait toujours à quelque chose ou à quelqu'un. »

Un mois avant l'attentat, il avait fait au docteur Brunet l'aveu de ses idées de suicide.

Il disait au juge d'instruction : « En montant dans ma chambre, le jour de l'attentat, je ne pensais à rien; je n'y serais pas monté si j'avais trouvé du feu au salon. Arrivé à ma chambre sans aucune intention mauvaise, l'idée de suicide m'est venue à l'esprit; puis, ma pensée prenant une autre direction, je jetai mon fusil, je courus à la chambre de mon frère, je m'armai de deux pistolets et je redescendis dans la salle à manger, *poussé par je ne sais quelle force qui m'entraînait malgré moi.* »

Ajouterons-nous qu'au milieu de l'opulence, il n'en jouissait pas; qu'il fuyait les jeunes gens de son âge; qu'il était taciturne et s'isolait sans cesse?

Digitized by Google

Enfin, il était arrivé à ce degré de développement du cœur qui n'est ni l'état sain, ni l'état morbide, disposition organique en vertu de laquelle l'homme bien né et ambitieux des positions sociales élevées, est conduit à l'accomplissement des actions les plus sublimes; comme aussi le misérable, aux actes les plus criminels.

Et si nous recherchons la cause du crime commis, le mobile à l'action, le bénéfice de cet attentat pour le jeune Jules, les apprêts du meurtre, la préméditation, le lieu et le moment choisis pour l'accomplissement de l'homicide, en raison de l'intérêt qu'il doit avoir à le cacher, ce n'est plus qu'invraisemblance au point de vue d'un acte criminel.

En fait de préméditation, *le choix des armes!*

Il prend les pistolets de son frère sans savoir comment ils sont chargés, alors qu'il a chargé les siens à balle la veille de l'attentat.

Le jour de l'accomplissement du crime!

C'est celui où quelques amis doivent dîner à la maison.

Le moment de l'exécution! C'est en présence de son père, qu'il chérit, qu'il tue sa belle-mère! et telle est sa vénération pour son père, qu'il aurait craint de lui faire la moindre peine dans les actes ordinaires de la vie : aussi, disait-il dans ses interrogatoires, si mon père m'avait adressé une parole en entrant dans la salle à manger, un mot, quoi que ce fût, *je ne tuais pas ma belle-mère.*

Enfin c'est en plein jour, dans la maison, au milieu des domestiques, que l'attentat est commis. Et quant au bénéfice d'un pareil meurtre, que lui en revient-il? il a des frères et des sœurs du second lit!

Est-ce que toutes ces circonstances ne sont pas anormales dans l'hypothèse d'un crime, anormales pour l'homme sensé, naturelles pour un fou?

Mais, dira-t-on, il avait conçu de l'éloignement, de l'aversion même pour sa belle-mère, sa marâtre, comme on l'appelle dans le pays! Cela est vrai; mais il l'avait connue à l'âge de neuf ans; il avait été entouré de ses soins, car chacun s'accorde à la douer des plus belles qualités de mère. En souffrait-il? était-il dominé par elle? exerçait-elle une pression sur ses actes dans la direction qu'elle donnait à la maison de son père? Rien de tout cela. Jules, chéri de son père, était presque le chef de la maison; non-seulement il dominait sa belle-mère, malgré son

Digitized by Google

âge, mais encore il l'insultait quelquefois en présence des domestiques de la maison. L'empire qu'il exerçait était tel, qu'il ne souffrait pas à la table de son père les enfants du second lit, sous prétexte qu'ils y faisaient trop de bruit.

Si je suis entré dans ces détails, c'est que j'avais à justifier le fait principal que j'ai cité comme exemple de folie transitoire homicide; c'est que, dans ces sortes de cas, le rôle du médecin est tout à fait exceptionnel. Il n'est pas seulement consulté sur un point du procès dont la solution entrera pour un chiffre de..... dans la balance de la justice; c'est la question tout entière, c'est tout le procès; magistrats et jurés s'effacent, pour ainsi dire, devant la décision qu'il va prendre; le médecin prononce de fait sur la culpabilité ou la non-culpabilité de l'accusé: par lui et avec lui le crime a cessé d'être, ou le procès va s'instruire.

En présence d'une telle responsabilité, n'est-il pas d'un puissant intérêt pour la science de bien spécifier les formes morbides qu'elle reconnaît, et de poser des jalons capables d'en établir les caractères dominants.

C'est là ce qui nous a déterminé à tracer les caractères de ce que l'on doit entendre, suivant nous, sous le nom de *folie transitoire*, expression vague, élastique, qui doit être limitée aux cas analogues à celui que nous avons cité.

Et s'il était nécessaire de justifier nos efforts, nous dirions que, sous le nom de folie transitoire, on a rapporté des exemples de démence, de manie et de monomanie plus ou moins durables.

Tel était le cas de ce cordonnier cité par Lœventhal dans le *Journal de médecine de Hufeland*, qui, une heure après son lever, est pris d'incohérence dans les idées, et bientôt, armé d'un tranchet, se jette sur sa femme, qui n'a que le temps de fuir avec son enfant. Le malade est saigné, le calme renaît; il est suivi d'un sommeil réparateur. Or, admettez un moment que cet homme n'ait pas été immédiatement saigné, c'était un maniaque furieux plus ou moins longtemps malade, mais ce n'était pas là une folie transitoire.

Était-ce une folie transitoire l'exemple de la femme de ce journalier qui s'absente de chez lui pendant deux jours pour aller mendier? A son retour, il demande son enfant : « *Il est en repos,* » répond sa femme en

Digitized by Google

montrant un cabinet voisin. Cet homme y pénètre; il trouve le corps de son enfant que sa mère avait horriblement mutilé : *il lui manquait un membre! elle s'en était préparé un aliment!* Et lorsque, quelque temps après, le maire se présente pour interroger la malheureuse folle, elle déclare que le besoin l'a contrainte à tuer son enfant, mais qu'elle a eu le soin de réserver *l'autre membre* à son mari. N'était-elle pas folle après comme avant l'acte de folie que l'on a qualifié de transitoire? Et qu'avait donc de transitoire cette folie, dont on ne connaît ni le point de départ ni la fin?

Henriette Cornier était atteinte de folie, non pas de folie transitoire, mais de monomanie infanticide. Son acte de folie, elle l'a préparé de longue main; elle était encore folle après l'acte accompli, et je tiens de M. Brierre de Boismont que depuis son procès, on a su qu'un an auparavant elle avait été renvoyée d'une maison pour avoir voulu attenter aux jours d'un autre enfant.

Il en est de même de bon nombre d'autres exemples rapportés par Marc, Cazauvieilh, Heim et M. Castelnau.

Mais le fermier que cite le docteur Edwards Daniel (1) était réellement atteint de folie transitoire, lorsque, interrogé par M. Daniel sur son état de tristesse, il lui répond : « Je viens d'être soumis à une épreuve qui me remplit d'horreur lorsque j'y pense : j'étais étendu sur mon sofa, ma femme et mes enfants étaient auprès du feu; je venais de leur parler amicalement, lorsque mon œil se porte tout à coup sur le *poker*. A l'instant même surgit une idée, celle de verser du sang; en vain je la combats, je pense à autre chose, je deviens méchant, jusqu'à ce qu'enfin, ne pouvant plus y résister, je leur ordonne à tous d'une voix de tonnerre de sortir de la chambre. » Et il ajoute : « *Dieu grand! combien je vous remercie de ne pas m'être souillé d'un crime!* »

Voilà de la folie transitoire, car huit ans se sont écoulés sans que le docteur Daniel ait été appelé à donner des soins à ce fermier; mais il faut ajouter que cet homme était passé d'une vie active à l'oisiveté, de la pauvreté à la richesse; qu'il était devenu atrabilaire, irascible, d'une complexion maladive depuis trois ans, quoique d'ailleurs il conservât avec ses amis et ses voisins des rapports agréables.

(1) *American Journal of insanity* (*Annales médico-psychologiques*, t. IV, 2e série).

Digitized by Google

Il n'existe donc pas de folie transitoire dans la pure acception de ce mot. La folie transitoire, comme toute espèce de folie, a ses prodromes, ses symptômes éloignés et prochains que le monde ne saisit pas, auxquels il n'attache pas assez d'importance, et qui tôt ou tard se traduisent par l'acte délirant, l'acte reconnu folie *par tous*, souvent nuisible, et ayant quelquefois le cachet criminel.

Et si nous nous demandons, à l'égard de la folie transitoire, où finit la raison, où commence la folie, question si souvent posée par les médecins, quoiqu'elle ne puisse recevoir de solution, nous dirons qu'il faut d'abord établir une distinction entre *le délire de la folie* et la folie elle-même ; l'explosion du délire a lieu longtemps après l'invasion de la folie ; elle se fait d'une manière brusque et soudaine. Quant à la folie en elle-même, il est impossible de poser la limite qui la sépare de la raison ; elle se traduit par des raisonnements et des actes successifs qui, pour le monde, sont des actes plus ou moins raisonnables ou plus ou moins déraisonnables, mais qui, pour le médecin, sont des actes plus ou moins imminents de la folie. Encore ces raisonnements et ces actes sont-ils au début si faiblement accusés, qu'il faut toute la sagacité du médecin pour en apprécier l'importance et la gravité. Aussi répéterons-nous avec M. Lélut : dans cette forme d'aliénation, *la folie est encore de la raison, comme la raison est déjà de la folie.*

Celui-là même qui a accompli un acte réputé criminel sous l'influence d'une folie transitoire doit être réputé tout aussi fou après comme avant l'acte accompli, malgré le retour à la raison, car pareille tendance peut tôt ou tard naître dans son esprit malade, et avoir le même résultat.

D'où, en définitive, cet enseignement, que le médecin de la famille ne saurait trop appeler l'attention des parents sur ces excentricités de caractère et de conduite que l'on attribue souvent à de l'originalité, et qui ne sont qu'une dépendance d'un commencement de dérangement d'esprit. Combien d'explosions de la folie seraient prévenues par une hygiène, une éducation physique et morale spéciale et appropriée à chacun de ces cas !

Ne serait-ce pas là un beau sujet d'étude que celle de l'hygiène préventive de l'aliénation ? Certes, la folie sans antécédents de famille a ses points de départ dans l'organisation innée, dans l'éducation et dans la vie sociale ; mais combien de descendants de parents fous et idiots chez

Digitized by Google

lesquels on pourrait prévenir l'explosion de la folie en dirigeant leurs études, leur existence, leurs rapports sociaux, leur vie de relation, de manière à prémunir les facultés intellectuelles des atteintes qui naissent de tous les frottements et de tous les contacts de la société.

Et, maintenant, si vous voulez vous rappeler qu'en 1826 M. Dupin disait que la monomanie était une ressource nouvelle de la médecine! Si, par la pensée, vous voulez vous reporter en 1833, dans cette enceinte, où, à l'occasion d'une séance solennelle de l'Académie, Marc accumulait fait sur fait, raisonnement sur raisonnement, pour démontrer non-seulement que la monomanie existait, mais qu'elle pouvait se produire à l'état de monomanie raisonnante.

Si en regard de ces faits vous placez la folie *même transitoire*, reconnue aujourd'hui non-seulement par les médecins, mais encore par les magistrats et les jurés, ne devez-vous pas vous féliciter avec nous des progrès immenses que la science de l'aliénation mentale a faits sous le rapport médico-légal! Ces progrès, elle les doit aux efforts persévérants de la génération actuelle, dont j'aurais craint de blesser la susceptibilité en citant des noms qui appartiendront un jour à l'histoire de la science. Ce sont ses efforts persévérants qui ont écarté et écarteront encore bon nombre de ces châtiments sociaux qui impriment le sceau de l'infamie, non-seulement sur la tête d'un innocent, mais encore sur la famille tout entière, alors qu'il faut n'en accuser qu'un cerveau malade.

Voilà, messieurs, ce que l'on doit aux médecins des aliénés de notre époque; à ces hommes dont la vie se passe dans la froide observation de la plus cruelle des infirmités humaines, et le plus souvent sans espoir de recueillir un jour de leurs malades ces témoignages de reconnaissance qui honorent souvent plus le médecin que la fastueuse récompense de la fortune.

Digitized by Google

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

DES KYSTES DE L'OVAIRE

ET DE SES CONSÉQUENCES

POUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DE CES AFFECTIONS,

PAR LE Dr L.-J. BAUCHET,

Chirurgien des hôpitaux civils de Paris, etc.

MÉMOIRE COURONNÉ PAR L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,
DANS LA SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE 1858.

« ..... Ce que j'ai vu des injections iodées dans l'hydrocèle et les » kystes séreux me porte à penser qu'elles offriraient encore plus de » chances de succès que le vin, dans l'ascite et les kystes de » l'abdomen. »

VELPEAU, *Médecine opératoire*, 1839, t. IV, p. 7 et 13.

La question mise au concours par l'Académie est une des plus importantes de la chirurgie. Les kystes de l'ovaire constituent une affection des plus graves, et, dans la plupart des circonstances, rapidement mortelle.

Si l'on a observé la guérison de quelques kystes de l'ovaire à la suite d'une rupture spontanée, si l'on a vu quelques-unes de ces tumeurs rester stationnaires pendant un temps fort long, ce sont là d'heureuses et trop rares exceptions. Ces altérations si fréquentes, abandonnées à elles-mêmes, se terminent presque toujours par la mort, dans l'espace de cinq à huit ans. Nous verrons plus loin quelles sont les conditions qui peuvent prolonger la vie chez les malades atteintes de *tumeurs enkystées de l'ovaire*.

Digitized by Google

Une affection si grave devait donc exercer la sagacité des médecins, et les moyens proposés pour la combattre n'ont pas manqué.

Parmi ces moyens, les uns s'adressent directement à la maladie et sont destinés à la faire disparaître : ils constituent le *traitement curatif* ou *radical* des kystes de l'ovaire. Les autres ont pour but de prolonger l'existence des malades, mais la tumeur ne disparaît pas et doit se reproduire : c'est le *traitement palliatif*.

Parmi les médecins, les uns rejettent le traitement curatif, et ne s'adressent qu'aux moyens purement palliatifs; les autres, quand les conditions anatomiques du kyste le permettent, s'adressent à la tumeur elle-même et demandent à la chirurgie les moyens d'en débarrasser les malades.

On a beaucoup écrit sur ce sujet; mais jamais cette question n'avait été discutée dans aucune société savante, lorsque, en 1856, l'*Académie de médecine*, à la suite d'une communication intéressante de M. Barth (1), mit à l'ordre du jour le traitement des kystes de l'ovaire. Il est sorti de cette discussion ce qu'on pouvait espérer, et l'Académie a fixé, d'une manière claire et précise, ce qu'il fallait attendre des divers modes de traitement proposés pour ces tumeurs. A la suite de cette discussion, elle a mis au concours la question dont nous allons nous occuper.

La question est nettement posée : *Décrire l'anatomie pathologique des kystes de l'ovaire avec ses conséquences, au point de vue du diagnostic et du traitement.* C'est la description complète de ces tumeurs, *leur histoire anatomique* et *leur histoire clinique*.

Si jamais la clinique a dû s'appuyer sur l'anatomie pathologique, c'est sans contredit pour les tumeurs enkystées de l'ovaire. Chaque variété de ces altérations porte avec elle ses symptômes spéciaux, son diagnostic et ses indications thérapeutiques particulières. J'ai donc essayé de tracer un tableau anatomique complet des divers kystes de l'ovaire, établi sur des caractères bien tranchés, et ce tableau a rendu facile la seconde partie de notre tâche. L'Académie, et dans la question elle-même et dans la mémorable discussion que j'ai déjà rappelée, nous avait tracé notre chemin. Nous avons largement puisé dans les discours

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1856, t. XXI, p. 583; t. XXII, p. 20.

Digitized by Google

des divers orateurs qui se sont succédé à la tribune, mais surtout quand nous avons abordé la partie qui avait rapport au traitement. Notre sujet était naturellement divisé en deux parties :

I^re^ PARTIE. — *Histoire anatomo-pathologique des kystes de l'ovaire.*
II^e^ PARTIE. — *Leur histoire clinique.*

Dans la première partie, nous avons étudié les kystes de l'ovaire dans leur structure, leurs rapports, leurs complications, etc., et nous avons jeté un coup d'œil rapide sur les affections qui peuvent simuler les tumeurs enkystées de cet organe. Nous avons rassemblé un nombre considérable d'observations, mais nous n'avons rapporté que celles qui avaient une signification particulière importante; nous avons surtout choisi les faits qui avaient un grand caractère d'authenticité. Nous avons puisé dans l'ouvrage remarquable de M. Cruveilhier (1), dans les *Bulletins de la Société anatomique*, etc.; et, afin de rendre plus facile la lecture de cette première partie, nous avons fait imprimer les observations en petit caractère.

Dans la deuxième partie, nous avons étudié la symptomatologie, la marche, la durée, la terminaison, le diagnostic des kystes de l'ovaire. Nous n'avons dit qu'un mot de leur étiologie, qui n'était pas comprise dans la question; mais nous n'avons pas voulu passer ce chapitre sous silence. Enfin, nous n'avons rien négligé pour présenter l'histoire complète de la discussion académique sur le traitement des tumeurs enkystées de l'ovaire.

(1) *Traité d'anatomie pathologique générale.* Paris, 1856, t. III.

Digitized by Google

PREMIÈRE PARTIE.

Histoire anatomo-pathologique des kystes de l'ovaire.

La première partie peut être divisée en deux chapitres. Dans le premier, j'étudierai les caractères anatomiques des *kystes de l'ovaire;* dans le second, les caractères anatomiques *des tumeurs qui peuvent simuler les kystes de l'ovaire.*

Je ferai tous mes efforts pour rendre le premier chapitre aussi complet que possible, car il compose la partie essentielle de la question que l'Académie a mise au concours. Parmi les tumeurs que je passerai en revue dans le second chapitre, il en est quelques-unes qui ont des connexions plus étroites avec les kystes de l'ovaire; je donnerai à leur description une place plus étendue : tels sont les kystes des trompes, des ligaments larges, etc. D'autres, au contraire, qui n'ont d'importance qu'au point de vue du diagnostic, m'arrêteront moins longtemps, et je ne ferai souvent que les indiquer : ainsi les tumeurs fibreuses de l'utérus, etc. Ce second chapitre sera le complément du premier; il me permettra de donner le tableau anatomique complet des tumeurs que j'aurai à passer en revue dans l'article consacré au diagnostic différentiel des kystes de l'ovaire.

CHAPITRE Ier. — Caractères anatomiques des kystes de l'ovaire.

M. *Cruveilhier* a ainsi défini les kystes de l'ovaire (1) : « Au point de vue le plus général, c'est une production kysteuse accidentelle, susceptible d'un accroissement indéfini, libre de toutes parts, comme l'ovaire, aux dépens duquel elle est formée, ne communiquant avec la malade qui la porte que par un pédicule vasculaire, pourvue elle-même d'un système vasculaire de nouvelle formation, vivant d'une vie propre, bornée à l'exhalation, à l'absorption et à la nutrition, vie parasitaire, indépendante de la vie générale. »

Cette définition est surtout attaquable dans sa dernière partie, ainsi

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXII, p. 85.

Digitized by Google

que l'a bien fait remarquer M. Pidoux, dans plusieurs articles que j'aurai encore l'occasion de rappeler. La reproduction du liquide dans ces kystes a un grand retentissement sur l'économie, et peut tuer les malades par l'affaiblissement qui en est la conséquence. Mais je ne veux pas insister plus longtemps sur cette définition, la plus complète que les auteurs aient donnée des kystes ovariques, et j'aborde tout de suite l'histoire anatomique de ces tumeurs.

C'est surtout, quoi qu'en aient dit certains auteurs, de dix-huit à quarante ans qu'on les observe. Rares dans l'enfance, on les rencontre encore assez souvent après l'époque de la ménopause; et, dans cette dernière période, l'âge joue un grand rôle sur leur développement et leur marche.

Les kystes de l'ovaire sont rares dans l'âge le plus jeune. On en a trouvé cependant plusieurs exemples. En 1854, M. Boullard a présenté à la Société anatomique des pièces recueillies, à l'École pratique, sur un enfant nouveau-né, qui avait respiré, mais qui est mort peu de temps après sa naissance. On trouvait sur les deux ovaires une foule de petits kystes en miniature, très apparents, et qui constituaient à eux seuls toute la masse de l'ovaire. Mayer (de Bonn), a vu les deux ovaires kysteux sur un enfant de quatorze jours. Chaque ovaire avait seize kystes contenant un liquide épais.

Ce sont des *kystes en miniature*, semblables à ceux qu'on observe aussi quelquefois chez les vieilles femmes. Je pourrais en rapporter bon nombre d'exemples; je me bornerai à citer le suivant : Chez une vieille femme, M. Bailly (1) a trouvé les deux ovaires envahis par de nombreux kystes en voie de formation, depuis le volume de la tête d'une épingle jusqu'à celui d'une noisette. Ils étaient au nombre de dix à douze sur chaque ovaire. Le liquide qu'ils renfermaient était limpide, d'une couleur un peu ambrée; leur paroi mince et tout à fait transparente. D'autres fois, M. Cruveilhier a trouvé ces petits kystes divisés en plusieurs petites loges, et sur un même ovaire il a pu voir des kystes en miniature uni, pluriloculaires, dont les uns étaient remplis par un liquide séreux, les autres par un liquide gélatineux.

Ces petits kystes ovariens ressemblent beaucoup, quant à l'apparence

(1) *Bulletins de la Société anatomique.* Paris, 1854.

Digitized by Google

extérieure, sinon quant au siége, aux kystes de l'organe de Rosenmüller, que nous étudierons plus loin.

Le plus ordinairement, *un seul ovaire* est malade. On a cependant quelquefois rencontré en même temps des kystes sur l'un et l'autre ovaire. En 1852, M. Vidal a présenté à la Société anatomique deux kystes de l'ovaire très volumineux, l'un à gauche, l'autre à droite, tous deux multiloculaires et contenant différentes espèces de liquides, arrivés tous deux au même degré de développement. On n'en avait diagnostiqué qu'un seul pendant la vie.

Quand un seul ovaire est malade, on a prétendu que, le plus souvent, c'était l'ovaire droit qui était le siége du kyste. Mais les statistiques qui ont été fournies à l'appui de cette assertion sont peu probantes. Tavignot, sur trente cas de kystes d'un seul ovaire, a trouvé dix-sept fois la tumeur à droite; Bluft a fait la même remarque.

Le *volume* des kystes ovariques est très variable. Il en est qui contiennent à peine quelques cuillerées de liquide; il en est d'autres qui renferment plus de vingt litres de sérosité plus ou moins claire. — La plupart sont distendus par le produit qu'ils contiennent. Quelques-uns cependant sont flasques comme une vessie demi-pleine de liquide. M. Cruveilhier en a rapporté plusieurs exemples (1). On trouve à ces kystes la même flaccidité que celle de certaines hydrocèles, volumineuses, anciennes. Ces kystes flasques de l'ovaire sont rares; ils peuvent offrir quelques difficultés au diagnostic.

Mais la partie importante, dans l'étude de ces tumeurs, n'est pas tant dans leur volume que dans leur forme, et surtout dans la qualité du liquide qui les remplit : aussi les a-t-on divisées en plusieurs classes, dont les unes sont accessibles à nos moyens chirurgicaux, et dont les autres, au contraire, en raison même de leur nature, sont marquées au coin de l'incurabilité, *du moins jusqu'à présent, et pour le plus grand nombre.*

L'ovaire est constitué par une enveloppe fibreuse, dense, résistante, recouverte par le péritoine qui lui adhère intimement, et par un tissu spongieux et vasculaire (tissu propre de l'ovaire), dans les mailles duquel sont déposées les vésicules de de Graaf, *ces petits kystes en miniature*, comme les appelle M. *Cazeaux.*

(1) *Traité d'anatomie pathologique générale.* Paris, 1856, t. III, p. 400.

Digitized by Google

M. Cruveilhier affirme que ces vésicules sont le siége des kystes ovariques. Il a pu suivre leur évolution depuis le volume d'une cerise, d'une prune de reine-claude, jusqu'à leur développement le plus complet, et il s'est convaincu que c'est dans le tissu même de l'ovaire que ces kystes prennent naissance et accomplissent leur évolution. M. Huguier, tout en admettant aussi que ces tumeurs naissent dans le tissu de l'ovaire, pense que les unes ont pour origine les vésicules de Graaf, et les autres la trame même de l'ovaire. Cette question est assez difficile à résoudre, et c'est plutôt par le raisonnement qu'on arrive à formuler les deux hypothèses que je viens de rappeler. Cependant il ne serait pas surprenant que les différents kystes de l'ovaire pussent avoir une origine distincte; que les kystes multiloculaires ou uniloculaires, séreux ou gélatineux, eussent pour point de départ, les uns la trame celluleuse de l'ovaire, les autres les vésicules de Graaf. Jusqu'à présent, aucun fait positif n'est venu confirmer d'une manière absolue l'une ou l'autre théorie.

Suivant la nature du liquide qu'ils contiennent, suivant la disposition de leurs différentes poches, suivant la structure de leurs parois, on peut établir, dans la description des kystes de l'ovaire, plusieurs divisions importantes et qui jouent un grand rôle pour le diagnostic et le traitement. J'étudierai successivement les *kystes simples*, leur siége, leur forme, leur structure, la nature du liquide qu'ils renferment, leurs rapports, les altérations accidentelles qu'ils peuvent présenter dans leur intérieur et dans les organes voisins, *les kystes composés, et les kystes anormaux de l'ovaire* (1).

ARTICLE Ier. — Kystes simples.

Ces kystes ne présentent dans leur structure ou dans leur voisinage aucune tumeur anormale. Ils constituent par eux seuls toute la lésion, et doivent, par conséquent, occuper d'abord notre attention.

(1) Dans un ouvrage récent, *Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme*, Paris, 1858, p. 345 à 411, M. W. de Scanzoni a consacré, aux tumeurs ou kystes de l'ovaire, un long chapitre que l'on consultera avec intérêt.

Digitized by Google

§ Ier. — Siége.

Quand ces kystes ont encore un petit volume, la grosseur d'un œuf, d'une pomme ou du poing, ils sont, en général, engagés dans le petit bassin. Plus tard, en se développant, ils remontent au-dessus du détroit supérieur du bassin, et vont se placer dans une des fosses iliaques. Dans la presque totalité des cas, ils sont situés du côté de l'organe malade. Ils sont à droite, par exemple, si c'est l'ovaire droit qui a été leur point de départ. Il existe cependant, dans la science, des faits dans lesquels le kyste était situé dans la fosse iliaque opposée à son point de départ : tel est le cas de M. Dutard (1), qui sera rappelé à propos du traitement des kystes ovariques. Parfois le kyste, en se développant, ne quitte qu'en partie le petit bassin, de sorte qu'il présente alors une masse plus ou moins étendue au-dessus du détroit supérieur, et une portion rétrécie, allongée, dans l'excavation pelvienne.

§ II. — Forme.

Leur forme est variable. Le plus souvent arrondis ou ovalaires, les kystes ovariques sont quelquefois bosselés. Ils rappellent par leur disposition la forme du rein chez certains animaux : le bœuf, par exemple. *A l'intérieur*, les uns n'offrent qu'une seule loge; d'autres, au contraire, présentent un nombre de poches plus ou moins considérable : de là la distinction importante des kystes de l'ovaire en kystes *uniloculaires*, *pluriloculaires*, *aréolaires* ou *vésiculaires*.

Les kystes *uniloculaires* sont les plus fréquents. J'en rapporterai quelques exemples quand j'étudierai leur contenu, et ils pourront servir de type pour la description de ces tumeurs. La *capacité* de la poche est des plus variables, depuis un verre, un litre, dix, vingt, quarante litres, et même davantage. Le kyste est quelquefois simple, d'autres fois *cloisonné* et divisé en un nombre de loges plus ou moins considérable, communiquant entre elles par des ouvertures larges par place, ou bien comme taillées à l'emporte-pièce. Ces séparations sont, dans certains cas, à peine sensibles; dans d'autres, au contraire, très étendues, et l'on peut même parfois se demander si le kyste n'a pas été primitive-

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 1850.

Digitized by Google

ment multiloculaire, et si les différentes loges ne se sont pas spontanément rompues dans une poche commune. On verra plus loin, à propos de la structure des kystes de l'ovaire, un fait de M. Boscredon qui présente cette curieuse disposition. Tel est encore le fait cité par M. Barth, dans une des séances de l'Académie. M. Barth a trouvé à la Salpêtrière un exemple de kyste à loges multiples, communiquant entre elles à l'aide d'ouvertures arrondies plus ou moins grandes. L'intérieur de la poche est parfois lisse, parfois au contraire il est parsemé de *tumeurs végétantes* plus ou moins nombreuses, plus ou moins volumineuses, et que nous étudierons en traitant des kystes composés.

Les kystes *multiloculaires* sont constitués par un nombre plus ou moins considérable de poches distinctes, sans communication les unes avec les autres. Ils sont plus rares que les précédents, plus fréquents que ceux dont il sera question un peu plus bas. Le nombre de loges est très variable; il y en a quelquefois deux, trois ou quatre. M. Dubreuil en a compté jusqu'à dix-huit et vingt. Parmi ces poches, il en est qui sont plus développées, d'autres au contraire qui existent à l'état rudimentaire. A côté d'un grand kyste, il y a pour ainsi dire une pépinière de petits kystes. Dans des cas semblables, les petites poches peuvent passer inaperçues sur le vivant; mais à peine a-t-on vidé une première poche, que les autres grandissent et se développent à leur tour. Quelquefois tous les kystes peuvent offrir un même volume, ou à peu près. Pour vider toutes les poches, il faut les ouvrir successivement; cependant il n'est pas rare, dans ces tumeurs, de trouver plusieurs loges communiquant entre elles par des ouvertures comme taillées à l'emporte-pièce. Cette variété est en quelque sorte le trait d'union entre les kystes uniloculaires et les kystes multiloculaires. Les kystes multiloculaires, à loges petites, nous conduisent au contraire à l'espèce suivante.

Dans les kystes *aréolaires* ou *vésiculaires*, l'ovaire est transformé en une masse aréolaire, à mailles ou vésicules de capacité très diverses, communiquant les unes avec les autres ou séparées par une cloison commune et indépendante. Dans le premier cas, la disposition du kyste rappelle assez bien la disposition des tissus érectiles; dans le second, elle ressemble plutôt à une grappe de raisin dont tous les grains

Digitized by Google

seraient rapprochés les uns des autres. Ces tumeurs sont assez rares. M. Cruveilhier (1) rapporte l'exemple suivant :

..... Cette hydropisie enkystée de l'ovaire avait été prise pour une ascite, et cependant la fluctuation était obscure. La ponction ayant paru nécessaire, et une première ponction n'ayant donné issue à aucun liquide, on eut immédiatement recours à une deuxième, qui fut sans résultat, puis à une troisième, qui amena une cuillerée de liquide gélatineux, jaunâtre, et démontra l'inutilité de nouvelles tentatives. La malade s'éteignit le lendemain. A l'*ouverture*, on trouva que la tumeur remplissait la presque totalité de l'abdomen, refoulant en haut le foie, l'estomac et l'arc du côlon, et par conséquent le diaphragme; comprimant les intestins grêles, qui avaient été repoussés derrière elle, de chaque côté de la colonne vertébrale, et plongeant, d'une autre part, dans le petit bassin, en se moulant sur l'angle sacro-vertébral.

Cette tumeur était irrégulièrement bosselée, libre de toutes parts, excepté du côté de l'utérus, qui occupait sa partie antérieure et supérieure, et qui était considérablement déformé, obliquement allongé de gauche à droite, sans doute à cause des tractions exercées par la tumeur sur son angle supérieur droit. A gauche, on reconnaissait très bien le ligament large non déformé, la trompe utérine, l'ovaire atrophié, le ligament rond deux fois plus volumineux que celui de l'autre côté, et il était aisé de voir que l'hypertrophie et l'allongement du ligament rond gauche tenaient à la traction exercée sur lui par la tumeur. A droite, on voyait également le ligament rond, la trompe utérine verticalement dirigée de haut en bas, et sillonnant la partie antérieure de la tumeur; on put distinguer toutes les franges de la trompe qui étaient libres, moins une qui était adhérente. A droite aussi on reconnaissait parfaitement le ligament large déformé, et même le ligament de l'ovaire; mais point d'ovaire droit, et à sa place l'énorme tumeur; cette tumeur, inégalement bosselée à sa surface, parcourue par un grand nombre de vaisseaux veineux très volumineux, très flexueux, aplatis, était divisée par des cloisons plus ou moins complètes en un nombre prodigieux de compartiments ou loges, subdivisées encore par des cloisons secondaires ou brides incomplètes. Ces loges, d'inégale capacité, communiquaient toutes entre elles au moyen d'ouvertures circulaires étroites, faites comme par emporte-pièce. Les parois des cellules étaient parcourues par des veinules extrêmement multipliées. La matière contenue était semblable à de la gelée transparente, offrant çà et là une teinte jaunâtre, verdâtre, et dans quelques points une couleur blanche, semblable à du blanc d'œuf à moitié cuit. Cette matière s'écoulait lentement des larges ouvertures pratiquées aux parois de la poche, ce qui explique pourquoi elle n'avait pas pu être évacuée par la ponction.

La texture des parois des cellules est dense et fibreuse : ces parois résistent à la traction, à la manière du tissu fibreux; dans quelques points, les cloisons intermédiaires semblent tenir le milieu entre le tissu fibreux et le cartilage.

Ce kyste présentait ceci de remarquable, qu'à côté de masses de tissu aréolaire on rencontrait de très vastes cellules, en sorte qu'il établit, pour ainsi dire, *le passage entre les kystes multiloculaires et les kystes aréolaires.*

Parfois ces kystes présentent une ou plusieurs loges d'une capacité considérable, et un tissu aréolaire ou vésiculaire dans une certaine étendue. Tel est le fait suivant, qui se rapproche tout à fait des kystes

(1) *Traité d'anatomie pathologique générale*, t. III, p. 422.

Digitized by Google

multiloculaires, dont une ou plusieurs poches se sont développées pendant que les autres sont restées à l'état rudimentaire.

On ne pouvait douter que ce kyste n'eût été formé aux dépens de l'ovaire droit, car il tenait à l'utérus à l'aide d'un cordon fibreux long et grêle, lequel naissait du bord correspondant de l'utérus, dans le lieu précis d'où se détache le ligament de l'ovaire.

La tumeur ovarienne présentait deux parties bien distinctes :

1° *Un grand kyste uniloculaire* qui formait le tiers supérieur de la tumeur.

2° *Un tissu aréolaire* qui constituait les deux tiers inférieurs de cette tumeur, et dont la coupe a été figurée avec beaucoup d'exactitude. (La planche 1re de la XXVe livraison, *Anatomie pathologique du corps humain*, avec planches, rend bien mieux que je ne pourrais le faire par une description toutes les variétés de forme et d'aspect que présentent les cellules qui formaient deux groupes bien distincts, l'un supérieur, l'autre inférieur, susceptibles de séparation.) Ces cellules, qui représentent assez bien une ruche à miel, étaient toutes remplies d'un liquide albumineux ayant la consistance du blanc d'œuf, transparent dans l'immense majorité des cellules, brunâtre ou noirâtre dans quelques-unes.

La coupe présente des cellules complétement fermées et des cellules communicantes. Il est aisé de voir que la plupart de ces cellules sont complétement isolées les unes des autres ; que, lorsqu'elles communiquent entre elles, c'est toujours en petit nombre ; que les orifices de communication sont petits et faits comme avec un emporte-pièce. Les cloisons de séparation de ces cellules sont toujours composées de deux lamelles, dont chacune appartient à la cellule correspondante. Ces lamelles fibreuses sont très résistantes, dures, transparentes : ici très ténues, là plus épaisses.

Les cellules les plus considérables, et surtout les cellules oblongues, présentent souvent des valvules ou replis, tantôt parallèles, tantôt perpendiculaires à leurs parois ; quelquefois on voyait deux valvules juxtaposées, qui représentaient exactement la disposition des valvules veineuses (1).

Enfin, il n'est pas très rare de trouver de ces masses aréolaires ressemblant au gâteau placentaire, développées dans les parois des grands kystes ovariques. J'en rapporterai un exemple curieux, en parlant des kystes composés.

§ III. — Structure.

Les parois des kystes ovariens sont ordinairement formées de deux couches ; c'est une membrane fibro-séreuse ; mais la couche fibreuse, qui double la couche séreuse, peut quelquefois atteindre plusieurs millimètres d'épaisseur (dans le cas de kystes simples, bien entendu, car nous parlerons plus loin des kystes composés). Dans ces cas, la ponction, surtout avec un gros trocart, peut être fort dangereuse ; l'ouverture pratiquée au kyste ne se ferme pas ; un épanchement a lieu dans la cavité

(1) Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, t. III, p. 423.

Digitized by Google

abdominale : de là une péritonite suraiguë et des accidents promptement mortels. On peut expliquer ainsi la rapidité avec laquelle arrive quelquefois la mort, après une simple ponction, dans certains kystes ovariens.

Je citerai à ce sujet l'observation suivante, que j'ai recueillie salle Sainte-Catherine, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau (1853) :

Grand kyste séreux de l'ovaire droit ; petits kystes vésiculaires dans ses parois ; tumeur assez solide, aréolaire ; parois épaisses ; ponction ; péritonite ; mort. — Cette femme, âgée de vingt-huit ans, est entrée à l'hôpital le 8 juillet 1853. Elle est d'une constitution considérablement affaiblie et vieillie, tant par sa maladie que par des chagrins domestiques. Elle paraît avoir été assez bien portante, mais faible jusqu'à vingt ans. Ses menstrues apparurent à dix-sept ans pour la première fois, mais elle ne fut bien réglée qu'à vingt ans. Mariée à vingt-quatre ans, elle paraît n'être point devenue enceinte ; mais elle fit, immédiatement après son mariage, une maladie grave, qui fut l'origine, dit-elle, de son mal actuel. Cette maladie était caractérisée par des souffrances vives dans le ventre, de la fièvre, des sensations de brûlure dans le bassin, une constipation habituelle, des pertes utérines fréquentes et graves, qui la forcèrent de garder le lit presque constamment pendant deux ans.

Il résulte de la lecture des consultations données à cette femme par les médecins d'Orléans qu'on aurait constaté au début une phlegmasie du péritoine, localisée dans le ligament large gauche, phlegmasie passée bientôt à l'état chronique. Cette phlegmasie fut traitée par les antiphlogistiques locaux et généraux, plus tard par les fondants (frictions avec la pommade à l'iodure de plomb ; iodure de potassium à l'intérieur). Les hémorrhagies utérines furent traitées par des injections froides et le repos au lit.

Son ventre commença à grossir il y a quatre ans. Il est impossible d'apprendre par ses réponses de quel côté il s'est développé d'abord. Malgré les diurétiques les plus actifs (teinture de scille en frictions ; digitale à l'intérieur), le développement de l'hydropisie, qu'on prit pour une ascite développée par l'extension de la phlegmasie du ligament large à la cavité péritonéale (*consultations*) continua de se faire. La constipation devint continuelle, malgré les purgatifs souvent répétés. (Pilules purgatives avec le calomel, la coloquinte et l'huile de croton.)

Une ponction fut faite il y a trois ans. Il est sorti, paraît-il, sept ou huit litres de liquide. Depuis son ventre a grossi insensiblement, mais d'une manière continue.

Le ventre présente aujourd'hui la forme d'un ovoïde assez régulier, saillant au-dessus du pubis de 30 centimètres environ, semblant s'élever en haut, obliquement de gauche à droite, jusqu'au-dessous du sternum. Il déborde les flancs des deux côtés. Le ventre donne, à la percussion, une matité complète dans toute son étendue, de haut en bas, à gauche et sur la ligne médiane.

A droite, dans la région hypochondriaque, existe une saillie qui semble entée sur la tumeur, et déborde le plan latéral du tronc. Elle est globuleuse, un peu plus grosse que la tête d'un adulte, sonore à la percussion. La malade y ressent de temps en temps de la gêne et des gargouillements. C'est probablement la masse intestinale.

Du reste, *le flot du liquide* est parfaitement perçu d'un côté du ventre à l'autre par une percussion légère. Les parois du ventre, lisses et tendues, présentent quelques veines superficielles développées, mais elles ne sont point infiltrées.

Digitized by Google

Il n'y a point d'œdème des membres inférieurs.

État général. — Par suite du développement de la tumeur, les fonctions digestives sont troublées. Les digestions sont laborieuses. La constipation est opiniâtre. L'estomac est le siége d'une exhalation de gaz abondante et pénible. L'ingestion des aliments et des boissons augmente la gêne et la tension du ventre, et cause souvent des douleurs.

La sécrétion urinaire est diminuée ; l'excrétion des urines, épaisses, est difficile.

La respiration est gênée considérablement. La malade ne peut se tenir que debout ou assise, le tronc renversé en arrière.

La face est pâle, altérée, amaigrie ; la peau est sèche, aride ; la soif vive.

La malade passe ses nuits dans une insomnie presque complète, ou son sommeil est interrompu par des rêves pénibles.

Elle a en ce moment ses règles, qui sont survenues le 3 juillet, après un retard de quinze jours. A cause de cette circonstance, on n'explore point l'utérus.

Après quelques jours de séjour à l'hôpital, on put constater l'abaissement de cet organe, qui paraissait également rétrofléchi.

Les 11 et 12 juillet, l'anxiété de la malade devint extrême, la respiration plus difficile. Son estomac, distendu par les gaz, était douloureux. Les membres inférieurs s'infiltraient de sérosité. On se décida à faire la ponction, qui fut pratiquée le 13.

Cette *ponction* fut faite du côté droit au lieu d'élection, mais avec un gros trocart. Elle causa de violentes douleurs. La pointe du trocart parut toucher dans la fosse iliaque un corps solide. Du reste, il n'y eut aucun accident. On retira du kyste environ *vingt litres* d'un liquide blanc, un peu jaunâtre, légèrement filant, contenant beaucoup d'albumine. La petite plaie est fermée avec quelques plaques de diachylon, et le ventre est soutenu par une serviette modérément serrée.

A quatre heures et demie du soir, la malade se plaignit de quelques coliques peu violentes, d'une envie d'uriner constante, sans pouvoir la satisfaire. Du reste, elle n'avait point de fièvre.

Le 14, elle passa une mauvaise journée.

Le 15, le pouls était filiforme, la figure anxieuse, abattue, pâle, les lèvres violettes, les yeux enfoncés, entourés d'un cercle noirâtre, la soif vive, le ventre très douloureux. Un vésicatoire volant fut mis sur le ventre. On donna à la malade une potion avec 30 grammes de sirop de morphine et de l'eau de Seltz.

La mort arriva à quatre heures du soir.

Autopsie. — A l'autopsie, on trouva un vaste kyste occupant tout l'abdomen, adhérent dans beaucoup de points. Ce kyste occupait l'ovaire droit, dont on ne trouvait point de traces. Les replis péritonéaux du ligament large étaient bien distincts ; la trompe pouvait être suivie jusqu'à la tumeur, mais la dissection n'ayant point été faite, les rapports du pavillon et son état particulier ne purent être étudiés avec soin.

L'utérus était normal, l'ovaire gauche atrophié.

Le kyste fendu présenta des *parois de plus d'un centimètre d'épaisseur*, tapissées par une membrane veloutée, tomenteuse, comme muqueuse. Ces parois présentaient dans leur épaisseur un nombre très grand de petits kystes à différents degrés de développement, et contenant un liquide albumineux plus ou moins dense.

Dans la paroi postérieure, on trouvait une masse d'apparence solide, ayant 1 décimètre de largeur sur 5 ou 6 centimètres d'épaisseur, constituée par un nombre infini de petits kystes agglomérés, et contenant une matière comme gélatineuse. Les autres organes ne purent être examinés.

Digitized by Google

Bien que les parois de ces kystes aient parfois, ainsi qu'on vient de le voir, une épaisseur considérable, il est impossible d'admettre, avec Dubreuil (de Montpellier), quatre couches dans leur structure : une couche séreuse, une couche fibreuse, une couche musculaire et une couche de nature particulière. Pourquoi trouverait-on des fibres musculaires dans un kyste de l'ovaire? D'où lui viendraient-elles? Ce fait n'a jamais été observé que par M. Dubreuil.

La couche superficielle, ou extérieure, est formée par le péritoine, si intimement confondu avec la couche fibreuse sous-jacente qu'il est presque impossible de les séparer nettement par la dissection. Sous cette couche séreuse, on retrouve la couche fibreuse qui, à l'état normal, forme l'enveloppe extérieure de l'ovaire. L'étude de cette couche fibro-séreuse, à part son épaisseur et les différents produits morbides qui peuvent se rencontrer dans son intérieur, n'offre rien d'intéressant.

La couche profonde ou intérieure du kyste est plus ou moins lisse; elle rappelle assez bien la membrane séreuse des cavités closes, et le microscope y retrouve assez généralement une couche épithéliale caractéristique. Il est fort difficile de séparer cette lame interne de la lame fibreuse, de façon qu'on peut dire, à la rigueur, des parois des kystes ovariens, qu'elles sont constituées par deux membranes séreuses, séparées par une couche fibreuse, mais toutes trois intimement confondues. Ces parois sont, dans quelques circonstances, fort peu épaisses et transparentes. Elles donnent alors au kyste un reflet bleuâtre.

Suivant la *nature du contenu,* la paroi intérieure subit des modifications diverses. Si le liquide est purulent, elle est fongueuse, tomenteuse, rougeâtre, et rappelle l'aspect des membranes muqueuses ou plutôt de la membrane pyogénique. Si le liquide est hématique, suivant que le sang est plus ou moins altéré, il se passe dans la poche des phénomènes si bien décrits par M. Velpeau, et plus récemment par M. Gosselin, pour les hématocèles de la tunique vaginale : tantôt des caillots fibrineux, adhérents aux parois du sac; tantôt des fausses membranes plus ou moins épaisses, formant plusieurs couches stratifiées, etc.; seulement, comme ces kystes hématiques sont très rares dans l'ovaire, on n'a que rarement l'occasion d'étudier les lésions dont je viens de parler. En voici un exemple, présenté par M. Lorain à la Société anatomique (1).

(1) *Bulletins de la Société anatomique,* 1854.

Digitized by Google

C'est un vaste kyste de l'ovaire trouvé sur une femme de soixante ans qui a succombé dans les salles de la Clinique. C'était une ancienne sage-femme. On sentait, en palpant l'abdomen, des tumeurs multiples à gauche et à droite, les unes dures, les autres fluctuantes. Mais c'est surtout à gauche que le ventre était distendu par un énorme kyste, que l'on reconnaissait très aisément pour appartenir à l'ovaire.

A l'autopsie, on trouve des tumeurs sur l'un et l'autre ovaire : les unes sont dures et de nature fibreuse, les autres sont formées par une collection liquide. Ces dernières sont au nombre de trois ou quatre ; deux surtout sont : l'une grosse comme le poing, et occupant l'ovaire droit ; l'autre dix fois plus volumineuse, et siégeant dans l'ovaire gauche. Ce kyste est rempli d'un liquide *brun, couleur de marc de café, et formé de sérum tenant en suspension une assez grande quantité de cholestérine ; ses parois sont très épaisses ;* elles ont près d'un demi-centimètre. On remarque à l'intérieur, collées contre la paroi interne, des cloisons fibreuses tendues comme des cordes. Ces cordons sont, sans nul doute, les vestiges des lamelles fibreuses qu cloisonnent l'ovaire et forment la charpente du stroma.

Quelquefois la face interne du kyste est tapissée par une fausse membrane plus ou moins épaisse, sans pour cela qu'on ait rencontré un liquide sanguin dans l'intérieur de la poche. C'est dans certains cas spéciaux, où l'on a mis en usage des injections iodées pour tenter la cure radicale de la tumeur, que l'on a observé cette membrane, comparable à une plaque de cuir. Peut-être est-elle le résultat d'une action particulière de la teinture d'iode sur la paroi interne du kyste. J'ai pu étudier une pièce semblable, qui m'a été remise par mon ami le docteur Garreau, interne distingué des hôpitaux, alors dans le service de M. Briquet (1).

Une femme portait un kyste très volumineux de l'ovaire. Ponction. Sortie de 8 litres d'un liquide citrin. *Canule à demeure.* Injections iodées ou chlorurées matin et soir. La malade succombe six semaines après l'opération.

Autopsie. — Colite ulcéreuse, etc. Parois du kyste très épaisses (1 centimètre et demi). Cavité contenant à peine 1 litre à 1 litre et demi d'un liquide séro-purulent répandant une odeur assez infecte. Face interne du kyste tapissée par une fausse membrane, adhérente par places, flottante et libre en d'autres points, rugueuse, assez coriace, d'une couleur jaunâtre, et comparable à un morceau de cuir.

En dehors de ces altérations, qui sont liées pour ainsi dire à la nature intime du contenu, il en est d'autres, propres à la poche elle-même, qui ne sont pas très rares : je veux parler de *plaques cartilagineuses* ou *calcaires*, comme incrustées dans les parois des kystes ovariques. On peut même signaler avec M. Cruveilhier, en raison de sa fréquence,

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 1856.

Digitized by Google

une plaque cartilagineuse située à côté du point où le ligament de l'ovaire se continue avec le kyste. M. Cruveilhier rappelle (*loc. cit.*, t. III, p. 415) un exemple du kyste de l'ovaire, assez volumineux, dont les parois, épaisses de plusieurs lignes, étaient devenues ostéo-calcaires, et qui renfermait de la sérosité et une notable quantité de cholestérine. On trouve un autre fait semblable dans les *Bulletins de la Société anatomique* (1855, p. 178).

Parmi les vaisseaux qui entrent dans la structure des parois des kystes de l'ovaire, les veines sont plus grosses et plus nombreuses; les artères sont peu importantes, ainsi que j'ai pu m'en assurer par plusieurs injections. Dubreuil (1) a mesuré plusieurs fois ces vaisseaux, et il a trouvé que le calibre des artères les plus grosses ne dépassait pas 3 millimètres, tandis que celui des veines variait de 4 à 8 millimètres. Les seules artères susceptibles de fournir une hémorrhagie inquiétante occupent la partie inférieure et le pédicule de la tumeur. Aussi je m'explique peu cette crainte exagérée de Delpech, qui redoutait, dans la paracentèse, de blesser les artères qui entourent le kyste.

Les veines sont disposées en deux couches. Les unes sont superficielles : ce sont surtout celles qui ont été mesurées par Dubreuil. Creusées dans l'épaisseur de la couche fibreuse, elles sont minces et rappellent assez bien les sinus de la dure-mère. Les autres, profondes, ténues, arborescentes, sont surtout bien visibles, bien appréciables, et forment des réseaux très riches sur les cloisons des kystes à loges multiples. Sur une pièce présentée à la Société anatomique par M. Boscredon, et que j'aurai encore à citer (2), on voyait par transparence, sur les diverses cloisons, des arborescences vasculaires fort riches et très irrégulièrement distribuées.

§ IV. — Contenu.

Le liquide renfermé dans ces kystes est variable. Le plus souvent, pour les kystes uniloculaires et même pour les kystes multiloculaires,

(1) *Des anomalies artérielles considérées dans leurs rapports avec la pathologie et les opérations chirurgicales.* Paris, 1847, p. 260.

(2) *Bulletins de la Société anatomique*, 1854, p. 370.

Digitized by Google

c'est de la sérosité citrine, claire, ressemblant tout à fait à la sérosité de toutes les hydropisies. En voici un exemple (1).

C'était un kyste de l'ovaire trouvé sur une femme de vingt-quatre ans, morte de phthisie pulmonaire. Pendant la vie, cette tumeur donnait lieu à peu de symptômes; ce n'est qu'en palpant l'abdomen qu'on reconnut son existence, la malade ne l'ayant pas soupçonnée; elle était située sur la partie moyenne de l'hypogastre, n'était pas sentie par le vagin, mais comprimait sans doute la vessie, car elle occasionnait de fréquentes envies d'uriner.

La tumeur, qu'on trouva à l'autopsie, et qui fut mise sous les yeux de la Société anatomique, avait le volume d'une tête de fœtus à terme; elle était ovoïde, terminée en bas par un petit renflement séparé du corps de la tumeur par un sillon circulaire qui correspondait au détroit supérieur du bassin. Cette tumeur, formée par une poche nacrée, médiocrement tendue, percutée avec les deux mains placées en sens opposé, donnait la sensation d'un froissement comparable à celui que produisent souvent les hydatides. Le liquide contenu était purement séreux et non visqueux. En tendant fortement la poche par une accumulation dans une partie de sa capacité d'une grande quantité de liquide, on constate que le frémissement signalé plus haut devient beaucoup moins manifeste, et plutôt comparable à un choc brusque qu'à un déplacement successif et lent. L'ovaire gauche était appliqué sur les parois de la tumeur. Il était presque réduit à son stroma, parsemé de quelques vésicules peu développées.

Quelquefois, surtout si le kyste a déjà été ponctionné, s'il est très distendu, multiloculaire, si une ou plusieurs loges se sont rompues dans la grande poche commune, le liquide est rougeâtre, hématique; c'est une véritable hydro-hématocèle. On peut observer toutes les nuances du contenu des hématocèles : du sang mêlé d'une certaine quantité de sérum; du sang plus ou moins pur; un liquide noirâtre, brunâtre; une bouillie ressemblant à du chocolat au lait, etc.

Il n'est pas fort rare de trouver un liquide albumineux, à la manière du blanc d'œuf, ou consistant et collant, à la manière de l'eau de gomme. Tel est le fait de M. Boscredon, et que j'ai déjà signalé (2).

C'était un kyste de l'ovaire très volumineux et gélatiniforme. La femme ne s'en était aperçue que depuis quatre mois, époque à laquelle, pour la première fois, elle éprouva des douleurs dans la fosse iliaque droite. Le kyste grossit rapidement. Il n'y eut pas d'autre signe au début que ces douleurs. La menstruation fut toujours régulière.

La tumeur avait son grand diamètre, non dans le sens vertical, mais dans le sens transversal; l'utérus avait son volume et sa mobilité normale; la fluctuation était évidente. La malade fut prise de vomissements répétés. Elle succomba six ou sept jours après son entrée à l'hôpital.

L'intestin est refoulé à droite et à gauche, et se trouve presque complétement caché par la

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 1851, p. 392.
(2) *Ibid.*, 1854, p, 370.

Digitized by Google

tumeur. C'est ce qui explique pourquoi, pendant la vie, on avait trouvé de la matité presque partout. Deux ponctions furent faites : la première donna issue à quelques cuillerées de liquide filant; la seconde amena le même résultat.

Ce kyste était vaste et divisé en plusieurs loges, dont l'une surtout, en haut et en avant, était très grande, et contenait un liquide filant, gélatiniforme. Au-dessous de cette poche, plusieurs autres kystes de grandeur variable, remplis de la même substance, et communiquant entre eux à l'aide d'ouvertures séparées les unes des autres par des brides, des valvules, etc.

A la partie postérieure de cette poche immense, multiloculaire, un autre kyste renfermant un liquide différant du précédent par sa couleur et sa consistance, donnant à cette poche une coloration plus bleuâtre. De ce kyste part un conduit allant aboutir à l'un des angles de l'utérus. Ce kyste est un *kyste du pavillon de la trompe;* ce conduit est le canal de la trompe.

M. Verneuil a étudié la nature du liquide de la première poche. C'est une matière gélatiniforme, répandue dans les diverses loges, qui diffère de couleur, mais non de structure, suivant les endroits où on l'examine. C'est une matière colloïde amorphe; en certains points, des stries blanchâtres formées par des débris épithéliaux, des corpuscules granuleux et des gouttelettes graisseuses en petite proportion.

Lorsque le kyste a été le siége d'une inflammation, on en trouve le contenu mêlé à une quantité de pus plus ou moins grande, ou à des flocons albumineux ou pseudo-membraneux. Cette purulence du kyste peut être le résultat, ou d'un travail phlegmatique spontané survenu dans la poche, ou de manœuvres opératoires diverses. Tous les orateurs qui ont occupé la tribune de l'Académie en ont cité des exemples. Je rapporterai le fait suivant, dont le diagnostic a été assez difficile; il a été présenté à la Société anatomique par M. Eugène Nélaton (1).

C'était un kyste suppuré de l'ovaire qui s'était rompu dans la fosse iliaque et dans l'intestin. Pendant la vie, les symptômes avaient fait croire à un cancer du rectum.

La nommée M... (Élisabeth), âgée de quarante ans, entrée à l'hôpital le 18 décembre 1854, salle Sainte-Marthe, n° 2 (service de M. Chassaignac), se plaint depuis huit mois de douleurs dans le bas-ventre; depuis plusieurs mois, elle rend une certaine quantité de pus chaque fois qu'elle va à la selle. *Par le toucher rectal,* on reconnaît à 7 ou 8 centimètres une sorte de bourrelet formé de deux à trois bosselures de la grosseur d'une petite noix, d'une consistance médiocre, lisses à leur surface, et qui paraissent recouvertes par la muqueuse rectale encore intacte. L'intestin n'est pas sensiblement rétréci à ce niveau. Lorsque l'on cherche à explorer par le rectum l'état des parties latérales du petit bassin, on se sent arrêté de chaque côté, mais principalement à droite, par un plan résistant, qui paraît constitué par une masse indurée ou dégénérée, extérieure au rectum. Cette induration se prolonge vers la fosse iliaque droite, au niveau de laquelle le palper abdominal parvient à la sentir assez profondément. Cette dernière exploration est assez difficile, à cause de la tension des parois du ventre, de la vive douleur que détermine la pression, et de l'empâtement des téguments qui correspondent à la fosse iliaque.

(1) *Bulletins de la Société anatomique,* 1855, p. 463.

Digitized by Google

Le *toucher vaginal* ne dénote aucune autre particularité; le col utérin est parfaitement sain, mais peu mobile.

Les fonctions digestives sont notablement troublées, l'appétit presque nul; la malade est tourmentée d'une diarrhée peu abondante, mais persistante; les forces sont abattues; le teint est pâle, mais sans offrir la nuance caractéristique de la cachexie cancéreuse.

M. Chassaignac pense qu'il s'agit d'un cancer du rectum avec engorgement des tissus environnants, et particulièrement des ganglions lymphatiques. Cependant il essaye le traitement antisyphilitique par l'iodure de potassium à l'intérieur; il fait faire au niveau de la fosse iliaque des frictions toutes les deux heures avec la pommade iodurée. Cataplasmes et lavements laudanisés.

Néanmoins l'état général continue à empirer; en février 1855, l'appétit est complétement perdu; la malade continue à rendre du pus dans les selles; la diarrhée persiste.

Le 15 février, *par la palpation* au niveau du pli de l'aine du côté droit, on perçoit assez profondément une sensation de gargouillement comme celle que donnerait un mélange de liquide et de gaz; le lendemain, ce phénomène n'était plus appréciable.

Dans les derniers jours de février, l'affaiblissement fait de nouveaux progrès; le ventre est tendu et douloureux dans presque toute son étendue; la malade ne prend aucune nourriture et vomit plusieurs fois par jour; les membres inférieurs, particulièrement celui du côté droit, s'infiltrent dans toute leur longueur. Le 4 mars, la malade succombe.

Autopsie vingt-six heures après la mort. Traces de péritonite, principalement dans la moitié inférieure de l'abdomen; deux ou trois verres de sérosité dans le péritoine; arborisations vasculaires sous-péritonéales, disséminées; adhérences assez nombreuses des anses intestinales, surtout au voisinage du petit bassin.

A la partie supérieure de la cuisse droite, au-dessous de la moitié externe de l'arcade crurale et sous l'aponévrose fémorale, existe une cavité du volume d'un petit œuf, à parois noirâtres, remplie de pus et de gaz et se prolongeant au-dessous du ligament de Fallope, jusque dans la fosse iliaque et même jusque dans le ligament large.

Dans l'aire du détroit supérieur, on distingue : en avant, le fond de l'utérus, avec son aspect normal; en arrière, deux tumeurs arrondies, fluctuantes, inégales entre elles, qui remplissent presque à elles seules le reste de l'excavation; l'une, à droite, du volume d'une très grosse orange, est circonscrite par des parois résistantes, fibreuses, blanchâtres à l'extérieur. On constate, à l'aide d'une incision, que l'épaisseur de cette enveloppe est de 3 à 4 millimètres environ; que sa surface interne est noirâtre, tomenteuse, et que sa cavité est remplie par des gaz et une certaine quantité de pus. La deuxième tumeur, du volume d'un œuf de dinde, située en arrière et à gauche, offre des parois très minces et complétement transparentes, qui laissent apercevoir un liquide citrin.

Ces deux tumeurs, développées à la face postérieure des ligaments larges, sont liées au rectum et à la face postérieure de l'utérus par d'étroites adhérences pseudo-membraneuses; en outre, une anse de l'S iliaque s'insinue dans une petite excavation infundibuliforme, formée par la rencontre des deux kystes avec le corps de l'utérus, et y adhère fortement.

La pièce étant enlevée, on reconnaît par la dissection que l'utérus, le vagin et même le rectum sont parfaitement sains, mais enveloppés de tissus cellulo-graisseux renfermant des noyaux d'induration dans certains points, tissu qui, conjointement avec les kystes voisins, faisait probablement saillie dans le rectum pendant la vie, de manière à simuler une tumeur de cet organe. La muqueuse de l'S iliaque et du rectum est un peu épaissie et d'une teinte blanchâtre.

Digitized by Google

Dans l'épaisseur des ligaments larges, également engorgés et épaissis, on distingue en avant les ligaments ronds et les trompes utérines, mais il n'existe aucune trace du tissu normal des ovaires, ce qui démontre d'une manière à peu près certaine que les deux kystes qui en tiennent lieu se sont développés aux dépens des ovaires. A la partie inférieure du kyste gauche se trouve annexé un autre kyste analogue, de la grosseur d'une noix.

Il est difficile de se rendre compte de la cause qui a pu déterminer la suppuration du kyste du côté droit, qui très probablement a dû être, à son début, de même nature que celui du côté gauche. En explorant avec soin sa cavité, on découvre vers la droite un petit orifice de 3 à 4 millimètres de diamètre, qui le met en communication avec l'abcès de la cuisse prolongé dans la fosse iliaque ; une autre communication existe entre le kyste purulent et l'intestin, au niveau de l'anse intestinale adhérente déjà mentionnée, ainsi que le prouve la présence d'un petit trajet fistuleux d'une teinte noirâtre, traversant toute l'épaisseur de cette anse intestinale. Cette communication cependant n'est pas directe entre l'intestin et le kyste, mais s'effectue par l'intermédiaire d'un canal de la longueur du petit doigt, s'étendant depuis l'espèce d'infundibulum occupé par l'anse intestinale jusque dans le foyer purulent de la fosse iliaque droite, en passant au-dessous du kyste suppuré et en traversant ainsi toute l'étendue du ligament large. Cette communication explique parfaitement la présence du pus dans les selles et des gaz dans les foyers de suppuration.

Il arrive parfois que la nature du liquide contenu dans un kyste *change d'une ponction à une autre*. Ce phénomène n'est pas très rare pour les kystes primitivement séreux ou hématiques qui deviennent purulents.

Le fait suivant est remarquable à ce point de vue, et aussi par la rupture d'une des poches de la tumeur et les adhérences qui unissaient cette dernière à l'épiploon et à la face profonde de la paroi abdominale antérieure.

Une femme de trente-deux ans, qui n'a jamais eu d'enfants, portait depuis plusieurs années une tumeur dans le ventre. Cette tumeur, au mois de mars 1855, fut reconnue pour un kyste de l'ovaire et ponctionnée. Il s'écoula un litre de liquide épais, de couleur chocolat ; on fit ensuite une injection de teinture d'iode, et la malade quitta l'hôpital quelques jours après.

Depuis cette époque, cette femme a toujours eu des douleurs dans le ventre ; à différentes reprises, elle a eu des accès de fièvre avec un peu de frisson et des sueurs assez abondantes.

Au mois de juillet 1856, elle est entrée à la Pitié, au n° 23 de la salle Saint-Jean, service de M. Maisonneuve.

Dans la fosse iliaque droite, on trouve une tumeur non bosselée, fluctuante, montant jusqu'à l'ombilic, dépassant la ligne médiane de 3 centimètres.

Par une *première ponction*, pratiquée le 9 juillet, on fit sortir 600 à 700 grammes de *pus* mêlé de fausses membranes. Une canule, qu'on avait laissée à demeure dans l'intention de faire des injections, se déplaça dans la journée. Il fallut donc attendre que le kyste fût assez volumineux pour être de nouveau ponctionné.

Le 5 août, ponction avec un trocart très gros, dont la canule peut être fixée par un méca-

Digitized by Google

nisme particulier. Il s'écoule 300 à 400 grammes de *pus* mal lié, mais non fétide. Injection d'eau tiède.

Les jours suivants, il y a des douleurs dans toute l'étendue de la tumeur, peu de réaction générale. C'était une inflammation du kyste.

Le 10 août, dans la soirée, douleurs très vives dans l'abdomen ; 108 pulsations, envies de vomir, etc. Il est difficile de ne pas reconnaître une péritonite.

La malade meurt trois jours après. L'autopsie vient confirmer le diagnostic, en montrant dans l'abdomen des fausses membranes et un épanchement de pus.

Le kyste a pour point de départ l'ovaire du côté droit. Son volume est celui d'une tête d'adulte ; ses parois ont un centimètre d'épaisseur. En avant, il est intimement uni à l'épiploon et à la face postérieure des parois abdominales, dans une étendue de 6 centimètres, tout autour de l'orifice fait par le trocart. La face interne est rugueuse. Il est évident qu'il y a là des fausses membranes qui doublent les parois primitives des kystes. Vers la ligne médiane, on trouve deux poches du volume d'une orange, séparées l'une de l'autre et du kyste principal par des parois épaisses, qui ressemblent à des fausses membranes organisées ; l'une de ces poches est rompue, les bords de l'ouverture sont noirâtres, déchiquetées, gangréneux. L'autre poche contient du pus.

On peut penser qu'il y a eu primitivement un seul kyste ; que la cloisonnement est postérieur à la première injection de teinture d'iode et tient à la sécrétion des fausses membranes.

Ce fait nous paraît encore démontrer l'influence que peut avoir l'inflammation d'une poche sur les autres, dans un kyste multiloculaire. Le kyste qui s'est rompu n'avait pas été en contact avec l'instrument.

C'est l'épanchement de la matière qu'il contenait qui a produit la péritonite.

Il arrive aussi qu'une première ponction donne lieu à un liquide séreux ou séro-sanguinolent, et une seconde un liquide sanguinolent ou purement séreux. Un liquide séreux, à une première ponction, peut être remplacé par un liquide gélatineux aux ponctions suivantes. « Il » est rare de voir, dit M. Cruveillier, un liquide, filant à la première » ponction, devenir séreux aux ponctions suivantes. » Mais enfin, pour être rare, le fait n'est pas impossible. J'enregistre avec soin cette affirmation. Venant d'un observateur aussi rigoureux, aussi consciencieux que M. Cruveilhier, cette assertion a une grande valeur, et nous verrons plus loin qu'elle peut fournir des indications précieuses pour le traitement de ces tumeurs.

Enfin certains kystes, surtout les kystes hématiques, renferment de la *cholestérine* en plus ou moins grande quantité.

Le fait suivant, que j'emprunte à M. Cruveilhier, est le résumé com-

Digitized by Google

plet des altérations que peuvent offrir à l'observateur les kystes simples de l'ovaire.

Anatomie pathologique d'un énorme kyste séreux ovarique uniloculaire. — Ce kyste, qui appartenait à l'ovaire gauche, atteignait l'épigastre par son extrémité supérieure ; par sa partie inférieure, il reposait sur le détroit supérieur comme sur une base et plongeait par une portion rétrécie, à la manière d'un appendice, dans l'excavation du petit bassin qu'il remplissait en grande partie.

1° *Rapports du kyste avec les parties environnantes.* — Ce kyste était en rapport immédiat avec la paroi abdominale antérieure, dans toute la portion correspondante de sa circonférence.

L'utérus, qui était situé au devant de la partie inférieure de kyste, avait subi une déformation avec déviation extrêmement remarquable. Cet organe avait été entraîné obliquement en haut et à gauche par la trompe utérine gauche, et en même temps il avait subi dans la moitié gauche de son corps un allongement très considérable, de telle façon que cette moitié gauche du corps de l'utérus avait la forme d'un cône aplati se continuant sans ligne de démarcation avec la trompe, et représentait exactement une corne utérine des femelles à utérus bifide. La moitié droite du corps de l'utérus n'avait subi aucune élongation, aucune altération dans sa forme.

Le col utérin était sans museau de tanche ; la traction en haut qu'il avait subie, avait complétement effacé sa portion vaginale. Le vagin se terminait supérieurement par un cul-de-sac, au milieu duquel se voyait l'orifice vaginal de l'utérus.

L'utérus occupait donc la région antérieure du kyste, et nous verrons plus bas que c'est le rapport habituel de cet organe.

La trompe utérine, antérieure à l'ovaire, dans sa position normale, occupait également la région antérieure du kyste ; prodigieusement allongée, cette trompe se portait obliquement en haut et à gauche, à la manière d'une corde faisant suite à la corne utérine dont elle semblait le prolongement sans ligne de démarcation. Cette trompe se distinguait du kyste par un repli péritonéal falciforme, vestige de l'aileron moyen du ligament large. Des adhérences lâches unissaient dans divers points ce repli falciforme à la face antérieure du kyste.

La vessie avait subi une déviation légère. Sa portion gauche avait été entraînée en haut avec l'utérus. Les uretères parcouraient horizontalement les parties latérales et inférieures du kyste.

Quant à la portion pelvienne du kyste, elle était intermédiaire au vagin, qui était en avant, et au rectum, qui était en arrière ; des liens celluleux assez lâches unissaient la partie supérieure du rectum à la partie correspondante du kyste : de telle façon que si la tumeur avait continué à faire des progrès dans le bassin, elle aurait pu, d'une part, refouler en arrière la paroi antérieure du rectum dans la cavité de cet intestin, et, d'une autre part, refouler en avant la paroi postérieure du vagin ; or, la résistance du sacrum s'opposant au refoulement de la paroi antérieure du rectum, tout l'effort de l'accroissement de la tumeur s'était porté en avant, si bien que la paroi postérieure du vagin avait été refoulée dans la cavité du vagin jusqu'à la vulve, et constituait ce qu'on appelle *une hernie vaginale*, laquelle hernie vaginale n'était autre chose qu'un déplacement par invagination de la paroi postérieure du vagin.

Comme complément de l'histoire des rapports du kyste de l'ovaire avec les viscères abdominaux, j'ajouterai : 1° que l'hypochondre gauche contenait l'estomac, la rate, la moitié gauche de l'arc du côlon et la presque totalité de l'intestin grêle ; 2° que l'hypochondre droit contenait le foie et la moitié droite de l'arc du côlon ; 3° que le cæcum, les côlons ascendant et descen-

Digitized by Google

dant, l'S iliaque et le rectum étaient seuls restés en place; 4° qu'au cæcum aboutissait, par un trajet rectiligne oblique de haut en bas et de gauche à droite, l'intestin grêle qui parcourait la face postérieure du kyste; 5° qu'il n'y avait pas vestige de l'ovaire gauche, aux dépens duquel le kyste était bien évidemment formé; que l'ovaire droit présentait lui-même un kyste du volume d'un œuf de dinde; que ce petit kyste était situé derrière l'utérus, au-devant du grand kyste.

Or, si l'on pouvait, à la rigueur, contester l'origine ovarienne du grand kyste, le doute serait impossible par l'ovaire droit.

Tels sont les rapports de ce kyste de l'ovaire. Je passe à sa structure.

2° *Structure du kyste.* — Quant à la structure du kyste ovarien, dont je viens d'indiquer les rapports, ce kyste présentait une couleur blanche opaline sur laquelle tranchaient, par leur couleur, une innombrable quantité de vaisseaux superficiels remplis de sang.

Ces vaisseaux étaient considérables, aplatis, à parois extrêmement minces, largement ramifiés, dépourvus de flexuosités et présentant tous les caractères apparents des vaisseaux veineux. Les vaisseaux les plus considérables occupaient la région postérieure du kyste; tous les vaisseaux de cette région postérieure convergeaient de haut en bas vers un tronc veineux considérable, qui se détachait inférieurement du kyste auquel il était uni par du tissu cellulaire, et qui allait se rendre, soit dans une veine hypogastrique, soit dans une veine ovarienne. La direction verticale de haut en bas de ce tronc veineux milite en faveur de la veine hypogastrique.

Des vaisseaux beaucoup moins considérables, toujours d'apparence veineuse, se voyaient à la région antérieure du kyste, parcouraient sans flexuosités cette région, formant, à l'aide de leurs anastomoses, par inosculation, comme autant de cordes ou d'ellipses, et se portaient en majeure partie de bas en haut pour aller se jeter dans les vaisseaux veineux de la région postérieure. Un petit nombre de ces vaisseaux veineux de la région antérieure se dirigeaient de haut en bas pour aller se jeter dans quelques veines utérines.

Ces vaisseaux veineux étaient disposés suivant deux couches, savoir : une couche superficielle sous-péritonéale, qui était formée par les vaisseaux les plus considérables; une couche profonde à laquelle appartenaient les vaisseaux d'un moindre calibre.

Il m'a été facile de séparer le kyste en deux lames ou couches bien distinctes, l'une superficielle, l'autre profonde.

1° La couche superficielle, qui était la plus mince, revêtue par le péritoine qui lui était intimement uni, contenait dans son épaisseur les troncs veineux les plus considérables; on aurait dit des sinus veineux analogues à ceux de la dure-mère; la paroi superficielle de ces sinus était tellement ténue, qu'elle paraissait constituée par le péritoine seul.

2° La couche fibreuse, profonde, très dense, très épaisse, très résistante, présentait à sa face interne, qui était en contact avec le liquide, une multitude innombrable de vaisseaux rameux, peu considérables, qui paraissaient à nu; ces vaisseaux avaient tous l'apparence veineuse; les vaisseaux qui en émanaient, traversaient la couche fibreuse profonde pour se jeter dans les veines superficielles. Le liquide contenu dans la poche était séreux, parfaitement limpide, et, comme de coutume, très chargé en albumine.

La portion pelvienne du kyste avait des parois beaucoup moins épaisses que le reste du kyste, aussi était-elle transparente; une multitude de faisceaux fibreux, disposés suivant diverses directions, étaient tassés tout autour de la base de cette espèce d'appendice, et lui formaient une espèce de collet.

Digitized by Google

§ V. — Rapports généraux des kystes de l'ovaire.

Les rapports des kystes ovariques varient suivant leur siége, leur forme, leur volume. C'est ainsi qu'un kyste récent et enclavé dans le petit bassin aura avec le rectum, le vagin et la vessie, des rapports importants, qui disparaîtront en grande partie quand la tumeur aura franchi le détroit supérieur pour occuper la cavité abdominale proprement dite. C'est ainsi qu'un kyste affectera plus spécialement certains rapports avec le cæcum, s'il occupe l'ovaire droit, l'S iliaque du côlon, s'il a pour siége l'ovaire gauche, etc. Il est rare de trouver à gauche un kyste qui a eu son point de départ dans l'ovaire droit, et réciproquement. On trouve cependant des exemples d'inversion semblable, et j'en ai plus haut indiqué un exemple.

J'examinerai successivement les différents rapports que peut présenter un kyste ovarique avec : les *parois abdominales*, l'*intestin grêle*, le *gros intestin*, le *grand épiploon*, la *vessie*, les *uretères*, les *trompes*, les *ligaments ronds*, l'*utérus*, le *vagin*, les *vaisseaux et nerfs* qui occupent la cavité abdominale, le *détroit supérieur du bassin* ou l'*excavation pelvienne*.

I. — Les kystes de l'ovaire sont en rapport avec la face profonde de la *paroi abdominale* du moment qu'ils sont assez développés pour sortir du détroit supérieur du bassin. Ils refoulent en haut l'intestin et viennent toucher la paroi abdominale dans presque tous ses points. De même que l'utérus chargé du produit de la conception, les kystes ovariques sont placés immédiatement (presque toujours du moins, ainsi que nous le dirons plus bas), derrière la paroi abdominale ; quand le ventre est flasque et mou, ou quand la tumeur est volumineuse et bien tendue, on voit, dans la position horizontale, le kyste ovarique dessiner ses contours, sa forme, à travers la paroi abdominale. La percussion sur le vivant, l'examen direct sur les cadavres, ne laissent aucun doute sur ce point.

Mais les rapports avec la paroi abdominale varient suivant qu'il existe un seul kyste, ou que les deux ovaires sont malades en même temps. Les rapports avec la paroi abdominale n'ont pas lieu sur la ligne médiane, mais le kyste ordinairement est situé un peu en dehors, à gauche ou à droite de la ligne blanche. Il arrive parfois cependant que la tumeur est placée tout à fait au milieu de la paroi abdominale ; le

Digitized by Google

plus souvent alors il y a deux ou plusieurs kystes appartenant à l'ovaire droit et à l'ovaire gauche, qui se sont rejoints et semblent ne constituer qu'une seule masse. Nous parlerons plus loin des adhérences qu'on peut rencontrer entre ces kystes et les parois abdominales, car ce sujet m'a paru assez important pour occuper un chapitre spécial.

II. — En raison de la disposition et de la plus ou moins grande mobilité des diverses parties de l'*intestin*, les rapports des kystes de l'ovaire sont différents pour l'intestin grêle et le gros intestin.

A. — L'*intestin grêle* est toujours refoulé en haut et en arrière du kyste, et le plus ordinairement on trouve le paquet intestinal dans l'hypochondre gauche, au-devant et au-dessous de l'estomac quand la tumeur remonte jusqu'à l'épigastre. C'est l'intestin grêle alors qui se présente le premier, quand on ouvre la paroi abdominale. L'*arc du côlon* partage le sort de l'intestin grêle. Il est refoulé en haut. Sa moitié gauche est presque accolée à l'estomac ; sa moitié droite est reçue dans l'hypochondre droit, au-dessous du foie. Dans quelques circonstances, quand le kyste ovarique n'est pas très volumineux, ou quand le côlon est fortement distendu par des gaz, l'intestin grêle, plissé, ratatiné, est resserré entre le côlon et le kyste, et c'est cette partie du gros intestin qui se présente la première à l'autopsie.

B. — Le *cæcum*, les *côlons ascendant* et *descendant*, l'*S iliaque*, le *rectum*, restent en place et sont situés en arrière ou un peu sur les parties latérales du kyste. Ici encore la percussion sur le vivant et l'examen direct du cadavre permettent de bien apprécier cette position de l'intestin. On a cependant vu quelquefois, et M. Cruveilhier a noté cette circonstance dans son bel ouvrage d'anatomie pathologique, on a vu, dis-je, le cæcum et le côlon ascendant refoulés en haut et en arrière dans l'hypochondre droit, au-dessous du foie, avec la partie droite du côlon transverse. Le kyste, en se développant, avait détaché l'intestin de la paroi abdominale postérieure. Cette particularité, du reste, s'explique bien, si l'on se rappelle les diverses dispositions que le péritoine peut affecter pour le cæcum.

A côté de ces rapports généraux des kystes ovariques avec le gros intestin viennent se placer les rapports variables de ces tumeurs avec le *cæcum*, l'*S iliaque*, le *rectum*, suivant que le kyste a pour siége tel ou tel ovaire.

Digitized by Google

Si la tumeur occupe l'ovaire droit, c'est le cæcum et le côlon ascendant qui sont en rapport avec elle; si elle a son siége dans l'ovaire gauche, à moins d'une inversion, comme celles que j'ai déjà signalées, c'est l'S iliaque, le côlon descendant et le commencement du rectum qu'on retrouve derrière elle. Ces portions de l'intestin sont parfois distendues par des gaz, surtout quand la tumeur est à gauche et appuie sur la fin du gros intestin. Le plus souvent on trouve l'intestin revenu sur lui-même et aplati. Rarement le kyste appuie fortement sur l'intestin, au point de comprimer et de déterminer une obstruction, une rétention des matières fécales. On a vu pourtant des exemples de pareils accidents, comme je le dirai en traçant l'histoire clinique des kystes ovariens. Quant au rectum, il est surtout en rapport avec les kystes, à leur première période de développement, alors qu'ils sont encore enclavés dans l'excavation pelvienne. Il est aplati et se laisse difficilement traverser par les gaz et les matières fécales. On comprend sans peine que cette portion de l'intestin soit surtout exposée à la compression, et qu'un pareil accident doive être d'autant plus à redouter que le kyste a une plus grande tension et une plus grande densité. M. Cazeaux, dans son *Traité des accouchements*, appelle l'attention sur une anomalie singulière dans les rapports d'un kyste ovarique avec le rectum. Jackson a trouvé une tumeur semblable derrière le rectum, qu'elle avait décollé et refoulé en avant d'elle.

III. — J'ai dit plus haut que les tumeurs ovariennes étaient en rapport immédiat avec la face profonde de la partie abdominale antérieure; il y a cependant deux organes, le *grand épiploon* et la *vessie*, qui peuvent s'interposer entre ces kystes et la paroi du ventre. On a trouvé, dans quelques cas, le *grand épiploon*, doublant la face antérieure de la tumeur. Telle était la disposition de l'épiploon sur un kyste de l'ovaire présenté à la Société anatomique par E. Cloquet (1). L'épiploon adhérait à la face profonde de la paroi abdominale, et le kyste était en rapport immédiat avec lui. Il suffit d'ailleurs d'une adhérence de l'épiploon à la paroi abdominale avant le développement du kyste pour retenir cet organe et produire ce résultat.

IV. — Les rapports avec la *vessie* ont été négligés par les auteurs

(1) *Bullet. Soc. anat.*, 1841, p. 111.

Digitized by Google

qui se sont occupés des kystes de l'ovaire. M. Cruveilhier n'en dit pas un mot. Au début, la tumeur ovarienne est surtout en rapport avec l'urèthre, le bas-fond de la vessie. La vessie, distendue par l'urine, peut masquer plus ou moins complétement le kyste de l'ovaire. On a constaté, dans quelques circonstances, une compression de l'urèthre telle, que la miction naturelle était presque impossible. Il peut en résulter une rétention d'urine, une paralysie de la vessie ; les malades urinent par regorgement, et plus tard la vessie distendue se trouve placée en avant du kyste. La vessie peut remonter assez haut dans la cavité abdominale, comme on peut le voir dans plusieurs exemples cités par Boyer, et qui auraient été pris pour des tumeurs enkystées du ventre (1). Mais dans le plus grand nombre de cas, la vessie est presque vide, flasque, ratatinée, cachée derrière le pubis, qu'elle dépasse à peine.

V. — Le *kyste ovarique* est aussi en rapport plus ou moins intime avec l'un ou l'autre des *uretères*. Les auteurs ne disent rien de ce rapport presque toujours insignifiant, l'uretère étant placé derrière le kyste et l'urine coulant sans peine dans la vessie. Mais il peut arriver certainement que ces conduits éprouvent, au niveau de l'excavation pelvienne, une compression telle qu'il en résulte une rétention d'urine à ce niveau ou une communication accidentelle entre le kyste et l'uretère. On trouvera plus loin une observation dans laquelle un kyste ovarique s'est ouvert, à n'en pas douter, dans l'un de ces canaux.

VI. — La *trompe* et le *ligament rond* n'offrent rien de particulier du côté sain. Il en est de même de l'ovaire, à moins qu'il ne soit lui-même envahi par un ou plusieurs kystes. L'ovaire malade a disparu. On ne retrouve que le kyste, qui a pris sa place, ses rapports, ses connexions.

La trompe et le ligament rond, du côté où existe la tumeur, ont les mêmes rapports que l'utérus. On les retrouve presque toujours en avant du kyste, rarement sur sa face postérieure. Le ligament rond est allongé, hypertrophié. Le ligament large est étalé et double la paroi du kyste. La trompe est plus longue, collée en écharpe de bas en haut et de dedans en dehors sur la tumeur, à laquelle elle adhère. Son pavillon, son canal, ont ordinairement augmenté de capacité et de calibre, au point de recevoir le petit doigt et même le pouce (Cruveilhier) ; l'ai-

(1) *Traité des maladies chirurgicales*, t. IX, p. 174 et suiv.

Digitized by Google

leron est appliqué aussi sur le kyste, mais parfois il est flottant et libre comme une frange qui termine la trompe. Il n'est pas très rare de rencontrer la trompe utérine et son canal remplis de sérosité plus ou moins abondante. Nous reviendrons sur ce point dans un article spécial consacré à l'étude des kystes des trompes.

VII. — L'*utérus* est, en général, placé en avant et en bas du kyste ovarique ; position qui lui est marquée d'avance par ses rapports avec l'ovaire. Il adhère, dans certaines circonstances, à la tumeur par des liens celluleux peu résistants. On a quelquefois trouvé l'utérus dans une position anormale. Par suite d'adhérences antérieures, qui gênaient le développement du kyste, l'utérus était refoulé en arrière et en bas. M. Cruveilhier a rencontré trois fois cette disposition. Dans l'un et l'autre cas, l'utérus en général a conservé sa forme et son volume ordinaires. Il est quelquefois un peu hypertrophié et placé en anté- ou rétroversion, appuyant sur la vessie ou le rectum, ou en latéroversion, Parfois même son axe est tout à fait horizontal. Souvent, surtout au début du kyste, il est très abaissé et donne lieu à un léger prolapsus. On rencontre aussi, mais plus rarement que dans certaines tumeurs occupant le petit bassin, l'utérus allongé, le museau de tanche plus ou moins effacé, ou l'angle de la matrice correspondant à la tumeur attiré par celle-ci. Ce dernier rapport change singulièrement la forme de l'utérus. L'angle du côté sain restant avec sa forme ordinaire, l'angle opposé ayant subi parfois une élongation de 10 à 12 centimètres et se prolongeant sous forme de petit canal cylindrique (Cruveilhier). L'utérus, dans ce cas, est aussi plus ou moins étalé, attiré par la tumeur. Je n'ai pas été assez heureux pour rencontrer cette disposition dans un seul cas de kyste de l'ovaire, mais je l'ai observée dans un fait de tumeur colloïde, placée à la partie postérieure et latérale de l'utérus. La cavité utérine se prolongeait sur la masse morbide, s'étalait et ressemblait au vagin par sa longueur et sa capacité. C'est à peine si l'on trouvait la trace de la jonction du col avec le vagin. Dans l'exemple que je viens d'emprunter à M. Cruveilhier, le col utérin était considérablement allongé et le museau de tanche complétement effacé. La longueur de l'utérus, depuis le museau de tanche jusqu'à son extrémité supérieure, était d'un pied moins quelques lignes.

Lorsque l'*utérus est chargé du produit de la conception*, il refoule les

Digitized by Google

kystes ovariens en haut et en dehors, mais il sort difficilement de l'excavation pelvienne. Dans quelques cas, le kyste, après avoir été en quelque sorte chassé par l'utérus gravide, retombe en avant ou en arrière de l'utérus, dans le petit bassin, et devient une cause de dystocie. Comme on l'a vu plus haut, c'est le plus souvent en arrière que se place le kyste, et l'utérus, chargé du produit de la conception, vient se mettre en rapport avec la paroi abdominale antérieure ; mais en même temps le kyste s'incline un peu latéralement et l'utérus se loge, de son côté, dans la fosse iliaque opposée.

VIII. — Le kyste ovarique n'a le plus souvent qu'à son début des rapports avec le *vagin*. Il repousse la paroi vaginale vers la vulve et détermine parfois une hernie vaginale, ainsi que M. Gimelle en a cité un exemple (1). Dans le cas où l'utérus et le col suivent le développement de la tumeur ovarienne, celle-ci a des adhérences assez intimes avec le vagin et le plus ordinairement avec sa paroi postérieure. Mais c'est surtout pour les kystes des trompes que ces rapports sont fréquents et assez importants à connaître.

IX. — Enfin les kystes de l'ovaire affectent des rapports non-seulement avec les organes que nous venons de passer en revue, mais encore avec les *vaisseaux* et les *nerfs* qui les environnent. Ces derniers rapports méritent bien de fixer notre attention par les douleurs, par les accidents qu'ils peuvent et qu'ils doivent déterminer tôt ou tard.

Au début, quand le kyste est encore enclavé dans l'excavation pelvienne, il exerce une compression sur le plexus sacré ; plus tard, quand il a franchi le détroit supérieur, sur le plexus lombaire. Mais cette compression ne se traduit à nous que par des signes cliniques que nous étudierons ultérieurement, à côté des signes fonctionnels, qui résultent de la compression de l'intestin. — En même temps, la circulation est gênée ; les vaisseaux, surtout les vaisseaux veineux, comprimés et contenant quelquefois des caillots dans une étendue plus ou moins grande. Cette compression des vaisseaux donne lieu, sur le cadavre, à certaines lésions telles que des tumeurs hémorrhoïdales, un œdème des membres inférieurs et de la vulve, voire même des parois abdominales, et, dans quelques circonstances, à la formation de caillots dans les veines des membres, etc.

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1858, t. XXII, p. 73.

Digitized by Google

Cette même compression, quand le kyste est volumineux et que les parois abdominales résistent à la distension, peut déterminer une *ascite*. Il est vrai de dire que cette coïncidence de l'ascite et d'un kyste de l'ovaire peut tenir, le plus souvent, à d'autres causes que la compression des veines par la tumeur ovarienne... une péritonite chronique, par exemple. Mais il est parfaitement admissible que, dans d'autres circonstances, cette hydropisie péritonéale n'ait d'autre point de départ que la présence du kyste de l'ovaire et la gêne qu'il apporte à la circulation abdominale.

§ VI. — Complications.

A côté du tableau des altérations anatomiques, *normales* pour ainsi dire, des kystes de l'ovaire, vient se placer la description de certaines altérations particulières, que je décrirai sous le titre général de complications. Je veux parler des *adhérences*, des *ouvertures spontanées des kystes* dans certains canaux, de l'*inflammation* de la poche, de la *formation* de *plaques gangréneuses*, des *ruptures* et de la *péritonite* avec *ascite consécutive*.

I. — *Adhérences*. Si les kystes de l'ovaire sont presque toujours en rapport avec les organes que je viens de passer en revue et libres de toute adhérence, il arrive fréquemment aussi qu'on trouve, dans les autopsies, ces tumeurs attachées à ces mêmes organes par des liens plus ou moins intimes. Ce sont surtout les organes peu susceptibles de se déplacer, occupant une position fixe dans la cavité abdominale, qui présentent ces adhérences avec les kystes ovariens. Rarement, à moins que l'art ne soit intervenu, on trouve des adhérences de ces tumeurs avec la paroi abdominale; plus rarement encore avec l'intestin grêle et la vessie. Après une seule ponction, si la canule n'est pas restée en place un temps assez long, s'il n'est pas survenu des accidents graves d'inflammation péritonéale, on ne trouve même pas d'adhérence du kyste avec la paroi abdominale. Les organes qui se relient le plus communément à ces tumeurs sont le gros intestin, les uretères, l'utérus, la trompe, le ligament rond. Ces adhérences sont parfois peu étendues, établies à l'aide de petits filaments; d'autres fois, elles occupent plusieurs centimètres de surface, et fixent d'une manière très intime aux kystes ovariens certaines parties des organes abdominaux. Ces organes

Digitized by Google

font corps avec la paroi du kyste, et il est assez difficile de les en détacher.

II. — *Ouvertures spontanées.* Sous ces adhérences, les parois du kyste et les parois des organes s'amincissent, et plus tard il peut se former des communications plus ou moins étendues entre ces poches et les organes voisins. Ces ouvertures se produisent, dans quelques cas, par suite de l'amincissement graduel des parois qui se touchent, mais plus souvent sous l'influence d'un travail phlegmasique qui a déjà déterminé ces adhérences.

C'est ainsi qu'on trouve des kystes de l'ovaire communiquant avec l'intestin, avec l'uretère, avec le vagin et même à l'extérieur.

Avec l'intestin. — J'en ai déjà rapporté une observation remarquable, recueillie par M. Eugène Nélaton dans le service de M. Chassaignac. Dans ces cas, on rencontre une poche plus ou moins distendue et contenant de la sérosité plus ou moins altérée, ou du pus plus ou moins fétide et quelquefois des matières fécales. Ces perforations ont pour lieu d'élection le rectum, le cæcum, l'S iliaque du côlon. Comme on l'a vu dans le fait que je viens de rappeler, cette communication peut avoir lieu avec différentes parties de l'intestin en même temps, et pour un même kyste. Dans les kystes multiloculaires, on trouve parfois une seule poche ouverte dans l'intestin, tandis que les autres loges sont encore intactes

Voici, en quelques mots, l'observation d'un kyste de l'ovaire ouvert dans l'*uretère*. Cette observation est des plus intéressantes ; je la rappellerai encore plusieurs fois dans le cours de ce travail :

Mademoiselle Z...., vint consulter M. Velpeau vers la fin de 1852. Elle portait, dans une des fosses iliaques une tumeur, grosse comme le poing à peu près, indolente et dont le développement n'avait été précédé d'aucune douleur. — Menstruation régulière.

La tumeur grossit peu en 1853. En 1854, cette demoiselle se maria et devint enceinte peu de mois après son mariage. La grossesse fut régulière, l'accouchement facile. Peu de temps après la délivrance, la poche grossit, devint douloureuse. Il survint de la fièvre et tous les accidents qui annoncent la formation du pus. Quelques semaines plus tard, les urines devinrent purulentes. Le pus se montra dans les urines pendant quelques jours, puis les urines reprirent leur coloration normale. La malade s'affaiblissant, M. Nélaton fut appelé. — Application de potasse caustique plusieurs fois répétée, ouverture de la poche, canule à demeure ; injection d'eau et de teinture d'iode, étendue d'eau, régime tonique. — Deux ou trois mois après l'ouverture de la poche, il ne s'écoulait plus chaque jour qu'un petit verre de matière purulente. — Seconde grossesse, heureuse comme la première. Aujourd'hui près de dix-huit

Digitized by Google

mois se sont écoulés, la canule est toujours à demeure et il s'échappe, par jour, à peu près un petit verre à liqueur de pus séreux. On continue les injections iodées.

M. le docteur Parise, chirurgien très distingué de Lille, et dont personne plus que moi n'apprécie et n'estime le talent et le caractère, pense qu'il a eu affaire à une tumeur du rein, qui s'est abcédée, à une tumeur semblable à celle que MM. Nélaton et Caffe ont présenté à l'Académie(1). Pour moi, en me fondant sur l'examen de la tumeur qui a été fait par MM. Velpeau et Nélaton, sur l'absence de symptômes du côté du rein, sur la marche de la maladie, je crois bien plutôt qu'il s'agit d'une tumeur enkystée de l'ovaire, qui a contracté des adhérences avec l'uretère, et qui s'est ouverte dans ce conduit. La poche s'est vidée en partie; elle a diminué de capacité, et cette ouverture a pu se fermer. Ainsi s'expliquerait pourquoi l'écoulement du pus par les urines n'a duré que quelques jours.

Ce fait est encore intéressant à un autre point de vue. Boyer rapporte l'observation d'une femme qu'il a traitée d'une tumeur enkystée de l'abdomen. Il restait un trajet fistuleux. Une grossesse survint; l'utérus, en se développant, mit en contact les diverses portions de la poche et du trajet, qui fournissaient encore du pus, et la guérison eut lieu. Or, chez la malade dont je viens de rapporter l'observation, la grossesse n'a point déterminé cet heureux résultat.

L'ouverture d'un kyste de l'ovaire peut aussi avoir lieu dans le *vagin*. J'ai vu, dans le courant de septembre 1857, une dame dont l'observation présente les particularités suivantes :

Cette dame, jeune encore (trente-quatre à trente-six), a eu deux enfants. Quelques temps après sa seconde grossesse, elle s'aperçut que son ventre grossissait du côté gauche. La menstruation était et est restée régulière. Sept ou huit mois après l'apparition de ces symptômes, il s'écoula une grande quantité de liquide par le vagin, quantité que la malade évalue a environ un litre, le ventre s'affaissa et tous les accidents (douleurs, gêne dans la marche, dans la station verticale, etc.), que la malade avait éprouvés, disparurent pour se montrer de nouveau cinq à six mois plus tard. Nouvel écoulement de liquide, nouvelle cessation des accidents. Quand j'ai observé cette malade, on sentait une tumeur rénitente, fluctuante, un peu au-dessus et à gauche de la symphyse pubienne et surtout bien appréciable par le toucher vaginal. Une dizaine de jours après, écoulement de liquide par la vulve, disparition de la tumeur.

Il manque, il est vrai, pour cette observation comme pour la précédente, l'examen direct des pièces pathologiques, mais j'ai cru plus

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XX, p. 524.

Digitized by Google

utile de rapporter ici ces deux faits, afin d'appeler l'attention sur ces lésions, qui ne sont décrites ni dans les auteurs, ni dans le grand nombre d'observations que j'ai parcourues.

Pour cette dernière observation, je l'ai rangée parmi les kystes ovariques; mais il ne serait pas surprenant que l'altération eût pour siége l'une des trompes utérines, et dût être rapportée aux kystes de ces organes. Cette idée s'était d'autant mieux présentée à mon esprit, que la tumeur se vidait pour la troisième fois au moment où je vis la malade. J'avais donc cru d'abord que le liquide s'échappait par l'orifice utérin d'une des trompes. Mais en explorant attentivement le vagin, je reconnus avec le doigt, et à l'aide du spéculum, un orifice à rebords calleux occupant la partie supérieure de la face postérieure du vagin, et par lequel s'échappait le liquide du kyste. Cette circonstance, jointe à la présence de la tumeur au-dessus du pubis, me firent penser qu'il s'agissait peut-être plutôt d'un kyste ovarique. Du reste, je n'ai relaté cette observation que pour montrer que les kystes pelviens de l'ovaire ou de la trompe peuvent s'ouvrir dans le vagin comme dans les autres organes avec lesquels ils ont des connexions plus ou moins intimes.

Les kystes ovariques sont en rapport immédiat avec les parois abdominales. Boyer, dans son huitième volume, a rapporté plusieurs exemples d'ouvertures accidentelles de tumeurs enkystées *à travers les parois du ventre*. — Pour les kystes simples de l'ovaire, il y a peu de ces faits dans la science, mais, en revanche, on en trouve un nombre assez considérable qui ont rapport à des grossesses extra-utérines, à des kystes pileux, à des abcès de toute sorte. Or, quand le kyste de l'ovaire suppure, il rentre dans la catégorie de ces tumeurs. Les trajets fistuleux, dans ces cas, n'offrent rien de particulier, et la poche est plus ou moins distendue par un liquide purulent.

III. — *Inflammation de la poche.* — Dans la presque totalité des cas, c'est l'inflammation qui prépare ces communications des kystes avec les organes ou les parties environnantes.

Quelquefois après un travail spontané, d'autres fois à la suite de manœuvres chirurgicales, on trouve la tumeur pleine de pus. La nature du pus est variable. Dans certains cas, il est crémeux, bien lié, de bonne nature; le plus communément il est séreux, visqueux ou sanieux, mêlé de sang, de grumeaux, de caillots plus ou moins altérés,

Digitized by Google

suivant la nature primitive du liquide de ces kystes. La membrane interne a revêtu l'aspect et les propriétés de la membrane pyogénique des abcès simples, des abcès froids, des abcès hématiques.

Il arrive souvent que ce travail inflammatoire du kyste ne donne lieu qu'à la formation des adhérences dont je me suis déjà occupé, sans déterminer la purulence de la tumeur. Outre ces adhérences, ce travail phlegmasique peut devenir l'origine d'une péritonite chronique, et consécutivement d'une ascite. Tel est le fait suivant que j'emprunte à l'ouvrage de M. Cruveilhier :

Coïncidence d'un kyste multiloculaire de l'ovaire et d'une hydropisie ascite. — Une jeune femme me présenta tous les caractères d'une hydropisie ascite. Après quelques mois de séjour à l'hôpital, la ponction étant devenue indispensable, elle fut pratiquée. Le liquide ayant été évacué, je reconnus à la partie inférieure de l'abdomen une tumeur bosselée, fluctuante, kysteuse, qui me parut être un kyste de l'ovaire multiloculaire. Je me demandai si je ne m'étais pas trompé, si c'était bien à une hydropisie ascite que j'avais affaire, ou bien à un kyste ovarique multiloculaire dont la grande poche aurait été prise pour une ascite; mais les signes caractéristiques de l'hydropisie ascite m'avaient paru trop évidents pour que je pusse m'arrêter à cette supposition. Trente-sept ponctions devinrent successivement nécessaires et à chaque fois je reconnus la même disposition. Sur la foi de la promesse mensongère d'une cure radicale, la malade sortit de l'hôpital pour entrer dans une maison de santé, où trois ponctions lui furent pratiquées. A chaque fois, la canule fut laissée à demeure pendant cinq jours; à la suite de la troisième ponction, la malade éprouva des accidents de péritonite tellement graves, que le chef de l'établissement craignant qu'elle ne mourut chez lui, la fit transporter à l'hôpital de la Charité, où elle demanda à rentrer dans mon service et où elle succomba quelques jours après.

A l'ouverture, je trouvai tous les caractères anatomiques de la péritonite chronique: couleur bleue du péritoine; adhérences, les unes filamenteuses, les autres fibreuses; il existait *une tumeur ovarienne* formée par *cinq kystes séreux* d'inégal volume, non communicants, de la face interne de chacun de ces kystes naissaient de petites végétations verruqueuses irrégulières (1).

IV. — *Plaques gangréneuses.* — Dans quelques circonstances, cette inflammation marche avec une rapidité ou une intensité redoutables, et détermine la formation de plaques gangréneuses, étendues ou limitées, développées en quelques heures ou quelques jours, ou après un temps plus ou moins long. En voici un exemple rapporté par M. Cruveilhier :

(1) Je me suis demandé quelle pouvait être la cause de cette hydropisie ascite, coïncidant avec une hydropisie enkystée de l'ovaire. L'absence de toute autre cause d'ascite chez cette malade m'a porté à penser que l'hydropisie péritonéale avait bien pu reconnaître pour cause le kyste ovarique. Ce n'est pas d'ailleurs la seule fois que j'ai eu occasion d'observer cette coïncidence. (Note de M. Cruveilhier.)

Digitized by Google

Une jeune femme de vingt-six ans, la comtesse de M..., déjà mère de trois enfants, me fit appeler pour un kyste énorme de l'ovaire. Elle était d'ailleurs brillante de santé. Il s'agissait de décider avec MM. Récamier et Jadioux, ses médecins ordinaires, si la ponction devait être pratiquée. Mon opinion fut d'ajourner le plus possible, mais la progression étant devenue très difficile et la respiration très gênée, il fallut bien y avoir recours. Or, douze heures après la ponction, frissons violents, douleurs abdominales excessives, décomposition de la face, sueurs froides, délire, mort en quarante-huit heures.

A l'ouverture, nous trouvâmes une inflammation gangréneuse des parois du kyste.

V. — *Ruptures.* — Ces plaques gangréneuses peuvent déterminer des ruptures du kyste, alors que la nature n'a pas encore, comme dans les cas d'ouvertures spontanées, préparé les organes voisins pour ces accidents. Ces ulcérations gangréneuses sont occasionnées par une trop forte distension ou par une inflammation du sac. Il y eut une rupture semblable dans l'observation de M. Barth, qui a servi de point de départ à la mémorable discussion de l'Académie (1), et que je rappellerai à l'occasion du traitement des kystes ovariens. M. Bailly a présenté à la Société anatomique (2) un exemple de rupture d'une de ces tumeurs, remarquable aussi par sa nature :

Kyste composé, multiloculaire, gélatiniforme. — Clémentine B..., âgée de dix-huit ans, giletière, est entrée dans le service de M. Lenoir à l'hôpital Necker, le 4 mars 1854. Cette jeune fille, d'un tempérament lymphatique, n'a jamais été réglée et n'a jamais fait de maladies graves. Il y a trois ans environ, elle s'est aperçue pour la première fois de l'existence d'une tumeur située dans la fosse iliaque du côté gauche. Cette tumeur augmenta progressivement de volume, sans donner lieu à de vives douleurs et sans porter atteinte à la santé générale. Lors de l'entrée de cette malade à l'hôpital Necker, le ventre était développé considérablement et d'une manière égale, la fluctuation était de toute évidence. Il s'agissait, à n'en pas douter, d'une hydropisie enkystée de l'ovaire.

Une ponction pratiquée dans le flanc gauche donna issue à deux litres d'un liquide transparent, d'aspect gélatineux, assez analogue à une solution épaisse de gomme. Un aide, placé à droite de la malade, exerçait une compression continue sur le ventre et facilitait la sortie du liquide.

Le ventre, après l'opération, resta volumineux. Par la palpation, on sentait à travers la paroi abdominale, des bosselures, des duretés, surtout à droite de l'ombilic. Ces inégalités furent regardées par M. Lenoir comme indiquant l'existence d'un grand nombre de loges. Pour ce motif, ce chirurgien ne crut pas devoir pratiquer des ponctions multiples et s'abstint d'injecter du liquide irritant dans la poche, dont il avait évacué le contenu. Aucun accident sérieux ne se déclara pendant les jours qui suivirent la ponction. Un instant, le ventre devin

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1856, t. XXI, p. 583; t. XXII, p. 29.
(2) *Bulletin de la Société anatomique*, 1854.

Digitized by Google

douloureux, mais ces douleurs se calmèrent promptement, et le 21 mars, la malade quitta l'hôpital, sans que sa santé présentât aucune altération notable.

Le 26 avril 1854, un mois et demi par conséquent après sa première admission, cette malade rentra à l'hôpital Necker, dans le service de M. Natalis Guillot, avec des symptômes de cholérine; le pouls petit, les yeux excavés, la langue froide, la voix éteinte et une diarrhée très intense, qui céda en trois jours à un traitement par les narcotiques et les bains. Au bout de huit jours, la malade paraissait guérie. Voici, à cette époque, quel était l'état de l'abdomen : le ventre est très développé ; on trouve de la matité sur toute son étendue, excepté dans la région épigastrique. Il n'y a pas de développement des veines superficielles.

A la palpation, on sent une tumeur fluctuante avec des bosselures et des duretés existant, comme nous l'avons dit, à la droite de l'ombilic. Au toucher, l'utérus est mobile et a une direction normale ; dans les culs-de-sac latéraux on ne sent rien qui paraisse lié à la tumeur intérieure.

Le 7 mai, la malade ressent une douleur vive dans le flanc gauche et l'hypochondre du même côté, à partir du revers des fausses côtes. Le pouls devient petit, les yeux s'excavent, la face pâlit ; la malade a des hoquets, des vomissements bilieux. Trois applications successives de sangsues, au nombre de quinze chaque fois, des cataplasmes émollients arrosés de laudanum, produisent une amélioration sensible.

Le 15 mai, l'état semble s'aggraver ; la face prend une teinte terreuse ; les vomissements reparaissent, la malade a du délire et meurt, le 16 mai, à deux heures du matin.

A l'autopsie on constate une péritonite générale avec fausses membranes sur la plupart des viscères abdominaux. La cavité abdominale renferme un litre environ de liquide gélatineux, semblable à celui qui, deux mois avant, avait été extrait par la ponction. Des adhérences étendues unissaient la partie antérieure du kyste à la paroi abdominale, en sorte qu'il n'a pas été possible de reconnaître le siége précis de l'ouverture artificielle. La perforation spontanée avait lieu à la partie postérieure du kyste, ainsi que l'a constaté la personne chargée de l'autopsie.

Extraite de l'abdomen, la tumeur présente deux fois environ le volume de la tête d'un homme adulte. Elle se trouve formée par la réunion d'un grand nombre de kystes de différentes grandeurs, contenant tous sans exception la matière glaireuse transparente, dont il a été question. La loge principale, celle que le chirurgien de Necker avait ponctionnée, offre des signes non douteux d'inflammation. Rougeur foncée dans toute l'étendue de la face interne; ecchymoses et points sphacéliques sur ses parois. A la périphérie de la tumeur, et dans les intervalles des kystes, existent des masses dures, constituées par du tissu fibreux aréolaire, dont les vacuoles renferment le même liquide gélatineux.

L'utérus et l'autre ovaire sont sains. Ce dernier organe, peu développé, est parfaitement lisse à sa surface. On n'y remarque point de corps jaunes, circonstance en rapport avec l'absence complète des règles, que nous avons déjà mentionnée.

Dans ce fait comme dans les précédents, la rupture a eu lieu dans des tumeurs qui avaient été soumises à des manœuvres chirurgicales. Il n'en est plus de même dans l'observation suivante (1).

J'ai tenu à rapporter en entier cette belle observation, à cause de la nature de la tumeur, de la présence des kystes et d'un tissu aréolaire,

(1) Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique générale*, t. III, p. 437.

Digitized by Google

du diagnostic porté pendant la vie, de la position anormale des trompes, et elle sert de complément et de résumé à la description que je viens de faire.

Kyste énorme de l'ovaire en partie multiloculaire et en partie aréolaire ; sa nature aréolaire et multiloculaire reconnue fait rejeter la ponction ; inflammation spontanée de plusieurs poches ; rupture de l'une d'elles dans la cavité péritonéale. — Quesnel (Antoinette), quarante-huit ans, entra dans mon service, salle Saint-Joseph, n° 20, le 4 octobre 1853, pour une tumeur énorme de l'abdomen, avec infiltration des membres inférieurs. C'était un kyste de l'ovaire qui s'élevait jusque derrière l'appendice xiphoïde qu'il déjetait en avant et aussi jusque sous les dernières côtes.

Je reconnus à l'aide de la percussion par choc :

1° Qu'il existait un kyste de l'ovaire ;

2° Que ce kyste était multiloculaire ;

3° La même percussion par choc brusque (comme par une chiquenaude), donnant à la main appliquée du côté opposé une sensation d'impulsion moins instantanée et moins nette que lorsque le liquide est complétement aqueux, je diagnostiquai un liquide visqueux ou filant à la manière du blanc d'œuf.

4° La pression exercée successivement sur diverses régions de la tumeur, me démontrait une sorte de compacité, de résistance élastique, sans fluctuation prononcée et d'ailleurs inégale. J'en conclus que dans la partie non fluctuante la tumeur présentait la disposition aréolaire ou vésiculaire.

Mon diagnostic fut donc celui-ci : *Kyste en partie multiloculaire et en partie vésiculaire ou aréolaire ; liquide contenu visqueux, filant à la manière du blanc d'œuf.*

En conséquence, j'annonçai que je m'abstiendrais de la ponction comme d'un moyen à la fois insuffisante et nuisible.

1° *Insuffisant*, car, d'une part, la ponction ne permettrait probablement que l'évacuation partielle de la poche ponctionnée, vu les caractères du liquide ;

2° *Nuisible*, car il était infiniment probable qu'elle aurait pour conséquence une inflammation de la poche ouverte et peut-être de toute la masse du kyste.

L'état général de la malade était d'ailleurs assez bon, sauf l'oppression qui résultait du moindre mouvem

Tout se passa bien jusqu'au 10 décembre. Tout à coup frisson, suivi d'une respiration anxieuse, de petitesse et de fréquence extrême du pouls ; la face est profondément altérée ; la tumeur, indolente jusque-là, devient douloureuse, surtout à l'épigastre et à l'hypochondre droit ; là existait une poche bien distincte, facile à circonscrire, qui m'avait frappé dès le premier jour, parce qu'elle était plus proéminente que le reste du kyste et soulevait fortement la région épigastrique, si bien qu'elle paraissait sous-cutanée. En même temps, nausées, vomissements, répugnance extrême pour toutes les boissons autres que le cidre. A quoi tiennent ces accidents ? Je n'hésite pas à les rapporter à une inflammation du kyste de l'ovaire, et peut-être en même temps à une péritonite. Dans cet état d'agonie, je ne pouvais me décider à avoir recours à la ponction. La malade résista jusqu'au 19, où elle s'éteignit en pleine connaissance.

Ouverture. — Des adhérences cellulo-fibreuses très serrées, et par conséquent d'ancienne date, unissaient toute la région antérieure de la tumeur à la paroi abdominale. La même adhérence s'observait entre le kyste et la face inférieure du foie ; le kyste remplissait toute la capa-

Digitized by Google

cité de l'abdomen. Le diaphragme avait été forcément refoulé en haut, si bien qu'à gauche comme à droite, la tangente de la convexité de ce muscle répondait au bord supérieur de la quatrième côte. Il y avait environ deux verres de sérosité dans la cavité de la plèvre droite. Le foie a perdu de son volume, d'une part, par la compression qu'il a subie de bas en haut; d'une autre part, par la compression que le cœur exerçait sur sa face supérieure; la portion du foie qui correspondait au cœur était très amincie et semblait avoir été excavée pour le recevoir.

Le kyste présente, sur la plus grande partie de sa surface, des bosselures transparentes qui correspondaient à la partie vésiculaire et aréolaire de la tumeur.

L'utérus et ses dépendances étaient situés en arrière de la portion pelvienne de la tumeur, légèrement excavée à son niveau pour le recevoir. L'utérus (1) ne débordait pas d'ailleurs le détroit supérieur, et n'avait aucune de ces déformations et déviations par traction que j'ai observées dans d'autres cas.

La vessie et le vagin étaient situés, par leur partie supérieure, derrière la tumeur, et, par leur partie inférieure, au-dessous de cette tumeur qui était, pour ainsi dire, à cheval sur le vagin et la vessie (2).

L'ovaire et la trompe gauches étaient dans l'état le plus naturel (3).

Point d'ovaire droit, mais son ligament parfaitement distinct et soutenu par son aileron, se portait en haut en décrivant une courbure à concavité interne et se terminait en s'insérant sur la tumeur enkystée.

Le ligament large droit était parfaitement reconnaissable malgré son allongement.

La trompe droite, située derrière le kyste, était extrêmement allongée, se portait verticalement en bas, en se moulant sur la portion pelvienne de ce kyste; cette trompe était remarquable, non-seulement par sa longueur de trois à quatre fois plus considérable que de coutume, mais encore par sa forme aplatie et par l'augmentation de son diamètre, qui lui permettait de recevoir facilement un gros stylet dans toute sa longueur.

La trompe était donc sur un plan postérieur au kyste, et il est évident que l'ovaire, qui est dans l'état ordinaire postérieur à la trompe, a dû, en quelque sorte, sauter par-dessus cette trompe, pour se développer au-devant d'elle et par conséquent au-devant de l'utérus.

En portant le kyste en avant pour étudier ses rapports avec les viscères abdominaux, nous avons produit la sortie d'un liquide purulent noirâtre, et nous avons reconnu que la source de ce liquide était dans la poche supérieure ou épigastrique, qui présentait une rupture assez considérable; que cette rupture spontanée, qui était la conséquence de l'inflammation, avait déterminé une inflammation suraiguë de toute la portion du péritoine qui n'était pas le siége d'adhérences, c'est-à-dire de la face postérieure du kyste et de tout le paquet intestinal. L'utérus, la rate, la presque totalité de l'intestin grêle, une partie de l'arc du côlon, qui occu-

(1) L'utérus contenait une tumeur fibreuse du volume d'une petite pomme dans l'épaisseur de sa paroi antérieure. (N. de M. C.)

(2) Dans le cas où l'utérus est postérieur au kyste, c'est donc la paroi antérieure du vagin qui est refoulée en bas et qui tend à faire hernie, et non la paroi postérieure, comme dans les cas où l'utérus est antérieur au kyste. (N. de M. C.)

(3) L'ovaire gauche, ratatiné, bosselé, très compacte, contenant, sous une écorce épaisse et comme cartilagineuse, un tissu celluleux très dense; point de vésicules de Graaf; seulement petit kyste noir, tout à fait superficiel, à l'endroit de l'insertion du ligament de l'ovaire, et à un millimètre de profondeur. (N. de M. C.)

Digitized by Google

paient l'hypochondre gauche, étaient d'une couleur brunâtre et plaqués de fausses membranes très adhérentes. Le gros intestin seul était resté dans sa position normale.

La tumeur ayant été enlevée et soumise à diverses coupes m'a présenté les particularités suivantes :

Il y avait dans cette tumeur trois grandes poches ou kystes d'inégale capacité, et tout le reste était constitué par du tissu aréolaire et vésiculaire. Je n'ai fait peser la tumeur qu'après l'issue de la totalité du liquide contenu dans trois grandes poches, et dans un certain nombre de vésicules et d'aréoles. Son poids était encore de 5 kilogrammes 800 grammes. Il devait être au moins double avant l'issue du liquide.

Le kyste épigastrique, celui qui avait été le siege d'une inflammation que je pourrais appeler gangréneuse avec perforation, était le moins considérable; sa cavité était tapissée par des plaques pseudo-membraneuses noirâtres, le liquide contenu était visqueux et d'une couleur brunâtre.

Ce kyste épigastrique n'était pas complet; je veux dire que, constitué par une poche membraneuse dans les trois quarts de son étendue, il était complété à sa partie inférieure par un tissu aréolaire et vésiculaire.

Les deux autres grands kystes étaient encore bien moins complets; leurs parois n'étaient membraneuses que dans la moitié de leur étendue; le reste de leur cavité était constitué par du tissu aréolaire et vésiculaire qui proéminait sous la forme de grosses masses dans leur cavité; l'un d'eux contenait un liquide visqueux transparent, filant à la manière du blanc d'œuf. L'autre kyste contenait une matière semblable à un blanc d'œuf épaissi; quelques plaques pseudo-membraneuses adhérentes aux parois dénotaient qu'il avait été le siége d'une inflammation.

La structure de la portion membraneuse de ces kystes était exactement la même que celle des kystes multiloculaires et uniloculaires, c'est-à-dire qu'elle était constituée par deux feuillets bien distincts, entre lesquels se voyaient des vaisseaux veineux très considérables; une autre couche vasculaire veineuse occupait la surface interne. Des brides fibreuses très résistantes parcouraient çà et là, à la manière d'arcs-boutants, la surface interne du kyste. Plusieurs de ces brides, qui étaient très épaisses, présentaient dans leur épaisseur du tissu aréolaire.

Un liquide blanc visqueux, parfaitement transparent, avec tractus opaques, quelquefois même semblables à du blanc d'œuf épaissi, remplissait un certain nombre de vésicules et d'aréoles; l'aspect du blanc d'œuf épaissi indiquait un travail morbide inflammatoire des parois des vésicules correspondantes; des degrés insensibles conduisaient des vésicules grosses comme une orange à un tissu aréolaire extrêmement fin.

1° *Portion vésiculaire.* — Les vésicules juxtaposées, séparées par des cloisons communes, avaient une forme polyédrique à plans curvilignes, parce qu'elles faisaient saillie les unes dans les autres. Les parois demi-transparentes, opalines, présentaient çà et là des épaississements par plaques linéaires, et leur surface interne était parcourue par de petits vaisseaux veineux. Il y avait des vésicules closes de toutes parts, mais le plus grand nombre de ces vésicules communiquaient entre elles par des perforations circulaires, faites comme par un emporte-pièce, qui échappaient au premier abord.

2° *Portion aréolaire.* — Quant à la portion de la tumeur purement aréolaire, elle se présentait sous l'aspect de cellules d'une ruche à miel, dont le liquide filant, visqueux, s'écoulait avec difficulté. Ces cellules communiquaient généralement entre elles. Une grosse masse de ce tissu aréolaire contenait une matière tout à fait semblable, pour la couleur et pour la consis-

Digitized by Google

tance, à du miel blanc. J'ai pensé que cet état de la matière contenue était la conséquence d'un travail morbide.

Enfin, venait un tissu aréolaire, extrêmement serré et dense, à mailles fibreuses, que je ne puis mieux comparer qu'à un tissu érectile, ou mieux encore au tissu aréolaire du cancer aréolaire et gélatiniforme; et cette dernière comparaison est d'autant plus exacte que le liquide contenu ressemblait à de la gelée parfaitement transparente.

Ainsi, sous le rapport clinique, cette malade a succombé à une inflammation suivie de rupture de l'une des poches de l'ovaire et à la péritonite qui en a été la conséquence. Ne peut-on pas admettre comme cause de cette inflammation la distension considérable éprouvée par cette poche?

ARTICLE II. — Kystes composés.

Les kystes composés ne nous arrêteront pas aussi longtemps que les kystes simples. Ils n'offrent rien de spécial dans leur siége, leurs rapports, leurs adhérences aux organes voisins, leurs complications; mais ils doivent être étudiés surtout dans leur structure et la nature du liquide qu'ils renferment. Encore, le plus souvent, leur contenu est-il le même que celui des kystes multiloculaires ou aréolaires.

La *structure* de ces kystes offre des particularités variables. Assez fréquemment leurs parois sont constituées par un tissu aréolaire, se présentant, à la coupe, sous l'aspect de cellules d'une ruche à miel, et dont les mailles communiquent ordinairement entre elles et renferment un liquide filant, visqueux, qui s'écoule avec difficulté. Quelquefois ces aréoles contiennent une matière colloïde ou une matière semblable, pour la couleur et la consistance, à du miel blanc. Ce tissu aréolaire se trouve comme infiltré dans l'épaisseur des parois du kyste, ou bien il forme par places comme des gâteaux, ressemblant au gâteau placentaire. Les kystes qui sont ainsi combinés avec le tissu aréolaire, ou entourés par lui, sont uniques ou multiples, petits, renfermant un liquide visqueux, gélatiniforme, ou plus spacieux et remplis par de la sérosité. J'ai rapporté déjà plusieurs exemples de kystes semblables, aux chapitres consacrés à l'étude des rapports et des complications de ces tumeurs; mais le fait le plus curieux est, sans contredit, celui que j'ai emprunté à M. Cruveilhier, et qui termine l'article précédent.

Je range encore dans la classe des kystes composés, ceux dont la paroi interne est criblée de tumeurs végétantes plus ou moins grosses, ou qui existent en même temps que d'autres produits pathologiques, masses fibreuses, encéphaloïdes, etc.

Digitized by Google

Pendant le cours de la discussion, ouverte au sein de l'Académie, M. Barth a présenté un kyste énorme, dont les parois renfermaient des masses colloïdes et encéphaloïdes (1) et dont voici la relation :

Une femme de quarante ans se présenta, à la fin d'août, à l'hôpital Beaujon, pour une tumeur abdominale, dont elle ne fait remonter l'origine qu'à trois mois ; cependant depuis quelques années, les règles étaient devenues irrégulières et peu abondantes. La tumeur donnait au ventre le volume d'une grossesse de sept à huit mois ; elle était arrondie, tendue, obscurément fluctuante ; on y percevait des battements caractérisés par un choc brusque et non par un souffle, comme dans la grossesse, ou une expansion comme dans l'anévrysme. A droite et immédiatement au-dessous du foie, existe une masse saillante, dure et douloureuse à la pression.

M. Barth reconnut un kyste ovarique, mais en raison des battements, de la tumeur sous-hépatique et de la douleur, il n'osa rien tenter et prit l'avis de MM. Huguier et Depaul.

M. Depaul, partageant les craintes de M. Barth, donna l'avis de s'abstenir. M. Huguier, tout en adoptant l'opinion de ses collègues, crut qu'une simple ponction pourrait être faite sans danger. La malade saisit cet espoir de salut, et pria, avec instance, M. Barth de l'opérer.

Le 15 septembre, on retira du kyste six litres d'un liquide visqueux, d'un brun grisâtre et très riche en albumine. A la suite de cette ponction, la poche se rétracta fortement et la tumeur supérieure descendit au niveau de l'ombilic, puis bientôt jusqu'au-dessus du pubis.

L'état de la malade s'améliorait rapidement et elle était sur le point de quitter l'hôpital, quand, à la suite d'une promenade trop prolongée, elle éprouva du frisson et une fièvre assez forte, se montrant périodiquement au milieu du jour. Le sulfate de quinine fit cesser les accès, mais à dater de ce moment la santé ne fit que décliner. L'abdomen devint volumineux et très sensible ; l'appétit et le sommeil sont nuls ; la teinte cachectique se prononce de plus en plus ; la maigreur augmente ; des aphthes tenaces se développent dans la bouche. La malade s'éteint graduellement ; elle succomba le 28 novembre.

A l'autopsie, on constate l'existence d'une péritonite pseudo-membraneuse assez récente, et surtout caractérisée à la partie inférieure de l'abdomen. Le kyste adhère à la paroi abdominale au niveau de la ponction ; des fausses membranes existent à sa surface, près de la masse dure située supérieurement, puis en arrière et en bas.

Le kyste renferme un liquide analogue à celui qui a été évacué par la ponction, mais contenant cependant du pus.

Le kyste est implanté sur le ligament large *gauche*, et non sur le droit, comme il avait paru rationnel de le croire pendant la vie, la tumeur faisant surtout saillie à droite. Disons cependant que M. Huguier, constatant que le col utérin était dévié à *droite*, avait diagnostiqué un kyste de l'ovaire *gauche*.

La cavité du kyste offre, par place, des aspects différents ; là, elle est lisse et polie ; ici, villeuse et mamelonnée ; en d'autres points, on voit saillir des tumeurs, dont l'une avait été constatée pendant la vie. Celle-ci existe au sommet de la poche, elle a le volume des deux poings ; deux autres sont placées au bas du kyste. Ces masses, qui contiennent des parties gélatiniformes d'aspect colloïde, laissent suinter à la pression un liquide crémeux qui, pour M. Barth, est un caractère évident de cancer. On peut voir, en outre, plusieurs dépôts fibrineux interstitiels.

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXII, p. 214.

Digitized by Google

Des vaisseaux, dont quelques-uns atteignent le calibre d'une plume de corbeau, rampent sur les parois du kyste.

Cette tumeur est une preuve de plus des difficultés de toute espèce que présentent parfois les kystes ovariques. Ainsi, on pouvait se demander si la tumeur supérieure était ou non indépendante du kyste; si les battements étaient dus aux vaisseaux des parois, ou, ce qui est plus probable, à une impulsion communiquée par les grosses artères voisines; ou bien encore si ce n'étaient pas là de ces pulsations qu'on a parfois remarquées dans les masses cancéreuses.

Le siége originel du kyste n'était pas moins difficile à déterminer. Tout semblait indiquer qu'il appartenait au côté droit; aussi est-ce de ce côté que fut faite la ponction. Et cependant il était implanté près de l'ovaire gauche.

En présence d'indications si multipliées, si complexes et si délicates à saisir et à interpréter, on comprend toutes les difficultés que le chirurgien doit éprouver à instituer le traitement.

Des pièces semblables ne sont pas très rares, et ces masses, tantôt sont de nature fibreuse, tantôt semblables à celles qu'on retrouvait dans le fait de M. Barth (1). Les kystes eux-mêmes sont unis ou pluriloculaires, grands ou petits, suivant la nature du produit morbide, et l'ancienneté de la maladie. C'est surtout pour ces tumeurs qu'on observe les adhérences et les lésions de voisinage, sur lesquelles j'ai longuement insisté.

Les tumeurs fibreuses, fréquentes dans l'utérus, sont rares dans l'ovaire. Voici un fait curieux (2) :

Les pièces provenaient d'une malade qui avait succombé, dans le service de M. Velpeau, à la suite de la rupture d'un abcès pelvien dans le péritoine.

Autopsie, vingt-quatre heures après la mort.

La cavité abdominale contenait environ deux litres de pus. Tout le bassin est rempli par une masse inégale, dans quelques points fluctuante, dans d'autres bosselée, dans laquelle plonge le rectum. Dans un point situé à la partie supérieure et gauche du bassin, près du détroit supérieur, près de l'endroit où l'S iliaque du côlon plonge dans le bassin pour former le rectum, un trou faisant communiquer la poche du bassin avec la cavité péritonéale. Quand on presse sur la tumeur, il sort du pus en grande quantité. Voilà la cause de la péritonite mortelle survenue chez la malade.

En étudiant avec soin cette masse, on trouve :

1° Une vaste poche purulente, siégeant à la partie postérieure et supérieure de l'utérus, entre cet organe et le rectum. C'est cette poche purulente qui, en se perforant, a amené la péritonite purulente.

2° Les deux poches placées derrière l'utérus et accolées sont bombées et de leurs bosselures

(1) M. le professeur H. Lebert, dans son bel ouvrage, *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale* (Paris, 1857, t. I, p. 262, et pl. XXXV, XXXVI, XXXVII et XXXVIII), présente les observations et les figures de masses considérables dans des kystes de l'ovaire.

(2) *Bulletin de la Société anatomique*, 1853.

Digitized by Google

les unes sont fluctuantes, les autres dures. Ces tumeurs se continuent avec les parties latérales et le sommet de l'utérus. En disséquant avec soin, on retrouve d'abord le ligament rond, puis un autre cordon partant de l'angle de la matrice et allant aux tumeurs. Ce cordon est formé par la trompe et par le ligament de l'ovaire. L'ovaire est constitué par quelques corps fibreux et des kystes. Cette disposition se remarque de l'un et de l'autre côté. Les deux ovaires sont accolés sur la ligne médiane, derrière l'utérus, en avant du rectum. Ils laissent entre eux une échancrure à la partie postérieure pour loger le rectum.

3° L'utérus présente une série de bosselures curieuses à étudier, et qui nous offrent les corps fibreux sous leurs divers aspects et leurs différents âges d'évolutions.

Parmi ces corps fibreux, il en est qui occupent le parenchyme même de l'organe, qui sont logés au centre même du tissu utérin. Ils sont au nombre de quatre à six, depuis la grosseur d'une noisette jusqu'à celle d'un œuf de pigeon. On peut les énucléer avec facilité, etc.

Quant aux *kystes végétants*, ils sont formés, tantôt par une seule poche, tantôt par plusieurs loges. Sur la face interne de la paroi, on voit naître une série de tumeurs variables, les unes grosses comme une framboise, les autres du volume d'une aveline, d'une orange et même du poing. Ces corps polypiformes sont ordinairement constitués, surtout quand ils ont de petites dimensions, par un amas de cellules épithéliales, au centre desquelles existe un noyau plus ou moins dur; d'autres fois, par un tissu fibreux, voire même un tissu encéphaloïde ou aréolaire. Dans ces derniers cas, bien que les masses donnent à la tumeur l'apparence de kyste végétant, ces kystes doivent plutôt rentrer dans l'une des catégories indiquées plus haut.

Ces tumeurs, quand elles ont un certain volume, peuvent être reconnues et appréciées sur le vivant, au moment où l'on explore le kyste, ou mieux quand une ponction a été pratiquée. Ces kystes sont assez rares, mais ils jouent un grand rôle dans les indications et les contre-indications de la cure radicale des tumeurs enkystées de l'ovaire.

Des deux observations que je vais rapporter, l'une est un exemple de kyste végétant simple, l'autre de kyste composé, avec production de masses fibreuses et aréolaires.

1° *Kystes ovariques présentés à la Société anatomique, par M. Provent* (1). Ces pièces ont été recueillies sur le cadavre d'une femme de trente ans, qui a succombé dans le service de M. le professeur Laugier, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, n° 14.

La nommée L..., qui n'exerce d'autre profession que de se montrer en public, à cause de son prodigieux embonpoint, est d'une santé robuste, régulièrement menstruée.

Il y a huit ans, elle a fait une fausse-couche, pendant laquelle elle s'est livrée à de grands

(1) *Bullet. Soc. anat.*, 1855, p. 15.

Digitized by Google

efforts d'expulsion. Depuis cette époque, elle a vu paraître au-dessus de l'ombilic une tumeur arrondie, qui devenait fréquemment le siége de coliques. En la pressant entre les mains, la malade en réduisait le volume, ce qui s'accompagnait de gargouillement et diminuait les douleurs.

Il y a cinq jours au soir, L.... ressentit tout à coup des coliques violentes; en même temps la tumeur devint douloureuse et irréductible. Dans la nuit, il y eut trois selles liquides, deux autres le lendemain. Mais à partir de ce moment, constipation et vomissements persistants; mort.

Autopsie. — Ouverture de l'abdomen. — La paroi abdominale est doublée d'une couche de graisse sous-cutanée de cinq centimètres d'épaisseur. Pas d'épanchement ni de fausses membranes dans le péritoine. L'anneau herniaire, vu par sa face interne, ne présente même aucune altération, mais en soulevant la paroi abdominale, on découvre un kyste énorme remplissant la presque totalité du ventre.

Ce kyste est enlevé avec tous les organes pelviens.

La vessie est fortement injectée à sa face interne; il en est de même de la muqueuse du rectum; cet intestin a, dans sa portion sphinctérienne, un diamètre considérable. Le vagin et la portion intravaginale du col utérin ont une couleur brunâtre. Le col est assez mou, médiocrement gros.

L'utérus d'un volume normal, ou peut-être un peu exagéré, renferme dans sa cavité une certaine quantité de sang. La trompe du côté gauche est considérablement distendue par un kyste qu'elle contient, et qui semble en être une transformation. Elle est oblitérée et intimement adhérente à l'ovaire du même côté. Cet ovaire a son volume normal, mais sa coque fibreuse a trois ou quatre millimètres d'épaisseur, et sa résistance fait un contraste frappant avec le stroma de Baer, qui, au contraire, est fort mou, de consistance butyreuse et d'une couleur violette; on y trouve cependant encore les traces anciennes d'un corps jaune.

La masse réunie de la trompe et de l'ovaire de ce côté, est appliquée à la face postérieure de l'utérus.

Il ne reste plus trace de l'ovaire droit, mais de tout le bord droit et de l'angle correspondant de l'utérus, part *une masse fibreuse* continue avec l'énorme kyste dont nous avons déjà parlé. A sa face antérieure rampe, en y adhérant, la trompe droite qui présente un calibre d'un centimètre de diamètre, et qui depuis son insertion utérine jusqu'à son pavillon oblitéré au niveau du sommet de kyste, a trente-cinq centimètres environ de longueur.

Le kyste, ouvert, ne laisse écouler que de la sérosité citrine. On y trouve néanmoins quelques flocons jaunâtres, probablement adipeux. Il a trente à quarante centimètres de diamètre dans tous les sens.

Sa face interne présente une foule de végétations granuleuses de volume variable, blanches, fibreuses, affectant surtout la forme de choux-fleurs.

Dans sa portion la plus voisine de l'utérus et continue, comme nous l'avons dit, avec cet organe par une masse fibreuse, s'ouvre une arrière-cavité à parois bien plus résistantes, semblant se continuer avec les mêmes végétations; mais ces végétations sont ici encore bien plus nombreuses et leur volume est surtout plus considérable. Une d'elles égale au moins celui d'une grosse noix.

2° *Kyste ovarique végétant. Tissu fibreux et aréolaire, etc.* (1). — Une femme de la Salpêtrière, âgée de soixante ans, portait depuis un grand nombre d'années une tumeur abdomi-

(1) Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique générale*, t. III, p. 419.

Digitized by Google

nale dont le poids et le volume rendaient la progression extrêmement difficile; c'était bien évidemment une tumeur enkystée; mais l'exploration de l'abdomen me permit de reconnaître que la partie inférieure de la poche offrait de grosses masses bosselées extrêmement dures et parfaitement distinctes les unes des autres. La malade sollicitait depuis longtemps la ponction. Je ne m'y décidai, vu la nature évidemment composée de la tumeur, que lorsque le dépérissement, l'insomnie, l'oppression et les souffrances habituelles m'eurent annoncé qu'il était temps de passer par-dessus tous les inconvénients de la paracentèse. La présence des masses bosselées dût faire choisir pour le lieu de la ponction un point autre que la région occupée par les tumeurs; plongé dans le lieu d'élection accoutumé, le trocart serait tombé sur une d'elles. Je choisis la ligne blanche, et je recommandai l'emploi d'un très gros trocart, présumant bien que le liquide était albumineux. C'était en effet un liquide albumineux, mais filant qui, heureusement put s'écouler librement par la grosse canule.

Cette femme fut ponctionnée huit fois, à des intervalles divers, et à chaque fois elle recouvrait des forces, de l'appétit et la faculté de marcher. Après la ponction, la tumeur était réduite à des masses dures, mobiles les unes sur les autres, dont l'ensemble constituait environ le quart de son volume. Des accidents survinrent à diverses reprises, à la suite de ces ponctions. Une fois, la malade éprouva tous les symptômes de la péritonite la plus intense. Je la crus perdue. Le traitement antiphlogistique le plus énergique, les saignées générales et locales firent tomber les symptômes inflammatoires et la malade guérit. La huitième ponction avait été suivie d'accidents inflammatoires subaigus du côté de l'abdomen, de fièvre lente, de douleurs. Je soupçonnai une inflammation des parois du kyste; accident assez fréquent à la suite de la ponction dans l'hydropisie enkystée de l'ovaire, et qui me fait redouter la ponction dans l'hydropisie enkystée beaucoup plus que dans l'hydropisie ascite ordinaire.

La malade, épuisée et fébricitante, sollicitait avec instance une neuvième ponction. Vaincu par ses instances, et persuadé d'ailleurs que l'évacuation du liquide pourrait prolonger sa vie de quelques jours, je m'y décidai. J'acquis alors la conviction de l'inflammation du kyste. Jusque-là, en effet, le liquide évacué par la ponction avait été albumineux, filant, parfaitement transparent; celui de la neuvième ponction fut trouble, mêlé de pus. La malade sembla se ranimer pendant quelques jours, mais elle ne tarda pas à succomber d'épuisement, la tumeur ayant déjà repris un volume considérable.

A l'ouverture, nous trouvâmes que le kyste adhérait aux parois abdominales par des liens celluleux, faciles à rompre à l'aide de la plus légère traction. Ce kyste s'enfonçait un peu dans l'excavation du bassin. Comme on le soulevait pour le détacher, son poids l'ayant entraîné, les liens qui l'unissaient à l'utérus ont été rompus, la tumeur est tombée de la table sur les dalles, où elle s'est crevée, et aussitôt s'est écoulée une grande quantité de liquide trouble, semblable à celui qui avait été retiré par la dernière ponction.

De la surface interne du kyste, qui était tapissé par une fausse membrane épaisse, naissaient plusieurs masses sphéroïdales irrégulières en volume, dont la plus petite avait celui d'une aveline, et la plus grosse celui d'une grosse pomme de reinette. Elles adhéraient par un gros pédicule. Leur surface lisse, demi-transparente, permettait de déterminer, préalablement à toute incision, la disposition aréolaire ou celluleuse de leur tissu. La coupe de ces tumeurs a montré que ces végétations étaient constituées par des cellules de capacité variable, qui n'avaient aucune communication les unes avec les autres. Quand on ouvrait une de ces cellules, on voyait les cellules voisines faire saillie dans la cellule ouverte, de manière à donner à cette dernière une forme cuboïde.

Les parois de ces cellules étaient d'ailleurs très résistantes, ici transparentes, là opaques.

Digitized by Google

Leur structure était fibreuse; le liquide contenu était transparent et albumineux pour le plus grand nombre des cellules, trouble et purulent pour les autres, d'où il résultait que ces tumeurs n'avaient pas été entièrement étrangères à l'inflammation des parois du kyste. Indépendamment de ces tumeurs sphéroïdales, qui proéminaient à la face interne de la poche, les parois du kyste contenaient dans leur épaisseur un gâteau aréolaire ayant la forme, l'aspect et le diamètre du placenta. Ce gâteau aréolaire avait la même structure que la tumeur (1). C'était en quelque sorte une tumeur épanouie dans l'épaisseur des parois du kyste. J'ai bien souvent rencontré une disposition semblable.

Dans certains cas, le kyste ovarique ou tubo-ovarique n'est qu'un épiphénomène. Les tumeurs fibreuses ou encéphaloïdes constituent la maladie principale. Je citerai plus loin quelques faits qui se rapportent à cette variété de tumeurs composées.

Ces kystes de l'ovaire, simples ou composés, se développent lentement, et, à moins que l'art intervienne, ils ont peu de tendance à disparaître spontanément. Quand ils sont guéris, on trouve une petite tumeur dure, résistante, ratatinée, formée de tissu fibreux, dans lequel on rencontre assez souvent des plaques dures, calcaires, ossiformes. Quelquefois la poche n'est pas complétement revenue sur elle-même, et elle peut être le point de départ d'un nouveau kyste. Mais cette nouvelle tumeur a peu de tendance à s'accroître, bridée qu'elle est par le tissu fibreux qui la revêt, et qui est le résultat du travail pathologique de retrait, qui s'est effectué dans le kyste. Le plus communément, il s'agit d'un kyste multiloculaire, et c'est une poche voisine qui se développe, quand la première est guérie.

M. Boinet (2) et M. Cazeaux (3) ont signalé, dans quelques cas, la disparition complète de la tumeur, après une ou plusieurs injections iodées; du moins on ne la retrouvait dans aucune partie de la cavité abdominale, par la palpation faite avec le plus grand soin. Que s'est-il passé dans ce cas? Comme l'a dit M. Cazeaux, il y a une lacune dans l'anatomo-pathologie des kystes ovariques. Les tentatives de cure radicale des kystes de l'ovaire sont de date encore récente ; les faits ne sont pas très nombreux, et je ne connais aucune autopsie faite sur une femme antérieurement guérie, et depuis longtemps, d'un kyste ovarique

(1) Il serait malheureux que, dans un cas semblable, le trocart tombât sur le lieu occupé par le gâteau aréolaire.

(2) *Traité d'iodothérapie.* Paris, 1857.

(3) *Bulletin de l'Académie de médecine,* 1850, t. XXII, p. 163.

Digitized by Google

traité par les injections iodées. En raisonnant par analogie, en étudiant ce qui se passe dans les autres cavités séreuses, dans la tunique vaginale, par exemple, on peut présumer ce qu'on doit observer pour les kystes de l'ovaire. Ainsi, les faits cités par MM. Cazeaux et Boinet, et dans lesquels, après une ou plusieurs injections, il ne restait plus trace de tumeur dans le ventre, se rapportaient probablement à des kystes ovariques d'un petit volume, et dont les parois lisses et peu épaisses pouvaient revenir tout à fait sur elles-mêmes, comme on l'observe pour la tunique vaginale, distendue par une énorme quantité de liquide. Mais quand la poche est un peu épaisse, quand la tunique fibreuse est assez résistante, quand le kyste a un certain volume, il reste un de ces noyaux durs, plus ou moins gros, dont j'ai parlé plus haut. Ces noyaux fibreux peuvent bien quelquefois s'enfoncer dans la cavité pelvienne, mais on les retrouve toujours par une exploration attentive.

Quoi qu'il en soit, il reste une lacune. Les faits manquent pour tracer d'une manière positive la description des kystes ovariques guéris, soit spontanément, soit par l'intervention de la chirurgie.

ARTICLE III. — Kystes anormaux de l'ovaire.

Ces tumeurs sont de deux ordres; ou bien ce sont des *kystes hydatiques*, ou bien des *kystes embryonnaires*.

I. — *Tumeurs hydatiques.* — On lit dans les auteurs qui ont écrit sur les kystes de l'ovaire : « Les kystes hydatiques sont rares dans cet organe. » Cette assertion est répétée dans les livres, et on la trouve reproduite plusieurs fois dans la mémorable discussion de l'Academie. Or, malgré les nombreuses recherches auxquelles je me suis livré, *je n'ai pas trouvé un seul exemple de kyste hydatique de l'ovaire.*

On peut lire dans divers ouvrages, et notamment dans le livre de M. Boinet, des observations rapportées sous le titre de kystes hydatiques de l'ovaire. M. Robert a aussi parlé d'une tumeur hydatique dans la région ovarienne, mais M. Robert s'est borné (avec raison) à indiquer en termes vagues le siége de cette lésion. En effet, dans toutes les observations, on n'a pas constaté *anatomiquement* le *siége* de la tumeur. J'avais cru un instant rencontrer une observation de kyste hydatique de l'ovaire dans les *Bulletins de la Société anatomique*, ce rare et précieux musée de

Digitized by Google

pièces pathologiques rigoureusement observées (année 1842, vol. XVII, page 261). Mais cette tumeur avait son siége non dans l'ovaire, mais dans le ligament large. On lit en effet :

On voyait une tumeur hydatique, semblable à une vésicule du fiel en raccourci, occuper la *trame celluleuse intermédiaire à l'ovaire et au ligament large.* Isolée et comme flottante, cette tumeur était distendue par un liquide limpide et clair.... *Elle n'avait pas porté atteinte à l'ovaire*, dont la substance était parfaitement saine....

Ce ne sont pas là les vrais caractères de l'hydatide : l'observation ne dit pas qu'il y ait eu une vésicule absolument libre de toute part. L'original vérifié dit que la tumeur dite hydatique adhérait. C'était un kyste dans le corps de Wolf.

Nous indiquerons plus loin d'autres exemples semblables, et si j'ai insisté sur cette observation, c'est qu'elle est classée sous le titre de *tumeur hydatique de l'ovaire* (1).

II. — *Les tumeurs enkystées embryonnaires* sont variables ; les unes ont pour point de départ une *grossesse extra-utérine*, les autres une *inclusion*. Celles-là donnent lieu par leur présence à la formation d'un kyste reposant sur l'ovaire, dans la trompe, dans le pavillon de la trompe, dans le tissus utérin, le péritoine, etc., et constituent les grossesses tubaires, tubo-ovariennes, péritonéales, etc. Nous essayerons d'établir plus tard le diagnostic de ces tumeurs et de déterminer les caractères cliniques qui les séparent des kystes de l'ovaire proprement dits ; mais ce n'est pas ici le lieu d'entrer dans la description de ces diverses altérations. Celles-ci, au contraire (les kystes fœtaux par inclusion), nous arrêteront quelques instants.

Ils ont pour siége de prédilection le testicule chez l'homme ; l'ovaire chez la femme. Dans les faits que l'on a décrits, on rencontre une poche formée de tissu cellulaire et de tissu fibreux, offrant quelquefois, comme dans les exemples précédemment cités, des points cartilagineux, des plaques ostéo-calcaires. La face externe est assez intimement unie aux parties environnantes ; la face interne est plus ou moins anfractueuse, rarement lisse et polie. L'intérieur du kyste est rempli par du

(1) Table générale des matières contenues dans les *Bulletins de la Société anatomique.* — 30 années ; par le docteur J. Bouteiller, 1857. — Cette table, si bien faite, constitue un livre de recherches bien précieux pour les travailleurs.

Digitized by Google

sang, des caillots, des paquets de fibrine, quelquefois de la sérosité, et au milieu de ce magma, de ce liquide, on trouve des morceaux d'os ordinairement méconnaissables, des dents, des poils, etc. Le fœtus, s'il adhère au kyste, vit d'une vie végétative. Dans le cas contraire, il est soumis à la double loi d'absorption et de décomposition, comme corps étranger.

Le volume de ces tumeurs est variable. On en a vu qui avaient à peine la grosseur d'une noix; on en a vu qui avaient le volume des deux poings. Ils renferment, dans certains cas, des dents, et le nombre de ces dents a été quelquefois porté à des proportions vraiment curieuses, et cela probablement parce qu'on a pris pour des dents des morceaux d'os venant de différentes parties du corps d'un fœtus. Tels sont les faits de Cleghorn, cités par Meckel (44 dents), de Ploucqet et Auteurieth (plus de 300 dents) (1). On a rencontré des maxillaires, des ongles, de la laine chez les brebis, des plumes chez les oiseaux, de la bourre chez les bœufs. Quelquefois la peau qui tapissait la face interne avait des pores, des bulbes très développés. Bauhin, dans une de ces tumeurs, ayant vu des poils blancs chez une femme qui ne présentait pas de poils au pubis, admit que c'était une transposition.

Enfin, on trouve dans ces kystes une matière grasse, onctueuse, ressemblant à du beurre rance ou à de la pommade, ou encore à de la moelle épinière ramollie.

Parmi tous ces kystes, les plus fréquents sont ceux constitués par une poche fibreuse, formée aux dépens du tissu de l'ovaire, cette matière grasse, dont je viens de parler, et des poils plus ou moins abondants, dispersés au milieu de cette masse onctueuse, ou bien adhérents aux parois du kyste par une de leurs extrémités.

Parmi les exemples nombreux de tumeurs semblables, j'ai choisi quelques faits qui m'ont paru offrir un grand intérêt, et que je mettrai à profit dans la seconde partie de ce travail.

Le premier a rapport à un kyste pileux, contenant une portion de maxillaire.

Il a été trouvé à l'ouverture du cadavre d'une femme primipare, morte à la Maternité de fièvre puerpérale. Ce kyste, du volume d'un œuf de pigeon, occupe l'ovaire droit; ses parois sont épaisses, fibreuses, blanchâtres. Sa cavité contenait, au milieu d'une matière jaunâtre

(1) Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique générale.*

Digitized by Google

grasse, une petite production osseuse plus large que haute, ayant une ressemblance imparfaite avec un os maxillaire pourvu de deux dents, dont l'une paraît être une canine et l'autre une incisive. Elles sont saillantes. De plus, on trouve dans le kyste des cheveux blancs peu longs. L'ovaire gauche contenait un *corpus luteum*.

Le deuxième n'a été découvert qu'à l'autopsie, de même que le précédent. Mais il ne renfermait aucune portion osseuse. Il a été recueilli sur une femme de vingt-six ans, qui succomba, dans le même service, à la fièvre typhoïde.

La lésion qu'elle présentait, n'ayant pas été soupçonnée pendant la vie, nous ne possédons aucun renseignement sur les antécédents de la malade. On ignore si elle avait eu des enfants; la seule chose que l'on put constater à l'autopsie, c'est que la membrane hymen n'existait pas.

La tumeur de l'ovaire, du volume de la tête d'un fœtus à terme, occupait la plus grande partie de la cavité du bassin, surtout à droite; elle était molle, fluctuante, donnant quand on la palpait, la sensation de corps dur et volumineux flottant dans un liquide.

Elle contenait environ quatre cents grammes de liquide sanieux, trouble; de la matière graisseuse fractionnée en morceaux de grosseur variable; des poils mêlés à la matière grasse, pelotonnés, de la longueur de cinq à six centimètres au plus, enfin une portion d'os informe. Pas de dents ni de lambeaux de peau.

Le troisième, un peu plus volumineux que le précédent, et qui a été observé par M. Decès, interne des hôpitaux, a pu être étudié pendant la vie. Il a été recueilli sur une femme âgée de quarante-trois ans, entrée à l'hôpital de Lariboisière, au commencement du mois de juillet 1854.

Cette femme était encore bien réglée. Elle est mère de plusieurs enfants et son dernier accouchement eut lieu huit mois avant son entrée à l'hôpital.

Trois mois avant cette dernière grossesse, la malade s'aperçut d'une tumeur siégeant dans le flanc gauche. Néanmoins la grossesse suivit régulièrement son cours et se termina heureusement. Depuis, la tumeur n'a cessé d'augmenter et est arrivée à un développement assez considérable. Les règles ont repris leur cours normal.

La malade présente tous les phénomènes dus à une accumulation de liquide dans la cavité abdominale. Un seul signe mérite d'être noté; quand elle est couchée et que l'on vient à palper l'abdomen, on sent très distinctement un corps solide qui fuit sous le doigt, s'éloigne, puis revient le frapper; la sensation est la même que celle du ballottement dans la grossesse. On l'obtient également, lorsque la malade est assise. Rien au toucher vaginal.

La malade est prise du choléra, et succombe le 22 juillet dans l'après-midi.

Autopsie le 24 au matin. La paroi abdominale est incisée avec précaution et isolée du kyste, auquel elle n'est unie que par quelques adhérences. Le kyste est enlevé de la cavité abdominale avec les organes génitaux internes; il n'adhère d'ailleurs qu'au bord libre du grand épiploon. Il présente dans sa circonférence, horizontalement, quatre-vingt-quinze centimètres, et verticalement, quatre-vingt-six centimètres dans un sens et soixante et quatorze centimètres dans l'autre.

Les parois sont épaisses d'un demi-centimètre, et d'une couleur rouge noirâtre.

Digitized by Google

Il est situé à gauche de l'utérus, auquel il tient par un cordon, qui a l'apparence d'une trompe. *On ne trouve pas d'ovaire de ce côté.* L'utérus, la trompe et l'ovaire droits, sont sains.

Le kyste est rempli par dix litres d'un liquide brunâtre, un peu fétide, ayant quelque ressemblance avec l'eau dans laquelle ont macéré des pièces anatomiques. Au milieu de ce liquide nagent dix à douze masses, ayant la couleur et l'aspect du mastic, très grasses au toucher, et laissant sur le doigt, qui les presse, un peu de leur substance. Ces masses, dont plusieurs ont le volume du poing d'un adulte, sont plus légères que le liquide dans lequel elles flottent. Coupées en morceaux, elles présentent dans leur intérieur le même aspect, contiennent des poils en très grande quantité, et quelques petits fragments d'os comme des petites écailles.

A l'analyse chimique, on y trouve une matière grasse, différente du gras de cadavre, car elle ne fond qu'à la température à laquelle fondent les graisses. Cette matière grasse est superficielle. On trouve encore des matières azotées, un peu de cholestérine et des phosphates calcaires. La densité des masses est moindre que celle de l'eau. Le poids total est de 2 kilogrammes 300 grammes. Un très grand nombre de petits grains de substance en tout semblables aux masses, et gros comme des grains de millet, nagent dans le liquide. On y trouve encore deux tourbillons de poils isolés.

L'analyse chimique a été faite par M. Grassi, pharmacien en chef à l'hôpital Lariboisière.

Ces kystes pileux ou fœtaux peuvent contracter des adhérences avec les parties environnantes, s'enflammer et s'ouvrir à l'extérieur. Cette variété de tumeurs offre plutôt cet accident que les kystes ovariques proprement dits.

M. Jarjavay a présenté à la Société anatomique, en 1852, un exemple de kyste pileux de l'utérus qui s'est ouvert à la partie inférieure de la paroi abdominale antérieure, à trois centimètres au-dessus du pubis. Un abcès, ayant apparu en ce point de la paroi abdominale, fut ouvert, et, au grand étonnement des chirurgiens, le pus qui sortit, contenait une grande quantité de poils. Depuis, la malade est morte d'épuisement.

La dissection a permis de reconnaître que l'orifice extérieur correspondait à un kyste de l'ovaire, dans l'intérieur duquel on trouvait une grande quantité de poils implantés (1). Ce kyste s'était placé au-devant de l'utérus et sur les parois latérales de la vessie. Je ne connais de comparable à ce fait qu'un cas rapporté par Larrey, dans lequel un kyste de l'ovaire s'ouvrit dans la vessie, et celle-ci à l'extérieur, à travers la paroi abdominale antérieure.

(1) M. Cruveilhier (*Anatomie pathologique du corps humain*, avec planches, t. I, XVIII^e^ livraison), et M. H. Lebert (*Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*, Paris, 1857, t. I, pl. XXXVIII), ont décrits et figurés des masses pilifères curieuses qui s'étaient développées dans les ovaires. M. Lebert a figuré une mèche de poils de la longueur d'un mètre.

Digitized by Google

Je citerai un exemple de kyste hématique de l'ovaire, simulant au premier abord un kyste fœtal, présenté à la Société anatomique, par M. Gibert, interne distingué des hôpitaux. Il avait été recueilli sur le cadavre d'une fille fort jeune. A cet âge, les kystes sont rares, même les kystes par inclusion, et de pareilles tumeurs seraient beaucoup mieux prises, sur le vivant, pour des tumeurs encéphaloïdes. Je rapporte plus loin deux de ces faits, tous deux présentés à la Société anatomique, l'un par M. Moysant, interne des hôpitaux; l'autre par M. Goupil, médecin des hôpitaux.

CHAPITRE II. — Caractères anatomiques des tumeurs qui peuvent simuler les kystes de l'ovaire.

Comme je l'ai annoncé plus haut, parmi ces tumeurs, il en est que j'étudierai avec quelque développement, sans donner toutefois à leur description l'étendue que j'ai consacrée aux kystes de l'ovaire ; d'autres seront passées en revue avec soin; quelques-unes, enfin, ne seront qu'indiquées.

Je diviserai ces tumeurs en deux classes, suivant leur consistance et la nature de leur contenu, et je passerai successivement en revue les tumeurs liquides et les tumeurs solides qui peuvent simuler les kystes de l'ovaire et qui doivent entrer en ligne de compte dans le diagnostic différentiel des tumeurs ovariennes.

ARTICLE I^er^. — Tumeurs liquides.

§ I^er^. — Kystes du ligament large.

Ces kystes, indiqués et décrits pour la première fois, par M. Velpeau, dans le Dictionnaire en 30 volumes, ont été étudiés plus tard par les auteurs du *Compendium de médecine*, et par M. Huguier. Ils ont pour siége ou pour point de départ, soit le tissu cellulaire du ligament large, soit l'organe de Rosenmüller, dernier vestige du corps de Wolf (Follin), soit les vaisseaux qui constituent le flexus pampiniforme. Ils ne sont pas rares, et leur volume varie entre celui d'une tête d'épingle, d'un pois, d'une noisette, d'une noix. Rarement, ils acquièrent des dimen-

Digitized by Google

sions plus grandes. Ils renferment, tantôt de la sérosité pure, tantôt un liquide filant, visqueux, tantôt un liquide sanguinolent. Quand ils sont tout petits, on les voit très bien, par transparence, en étalant et soulevant le ligament large du côté de la lumière. Ils sont parfois pédiculés, parfois sessiles. M. Verneuil prétend, et « M. Hoüel a, dit-il, trouvé » exacte cette assertion, que ces kystes sont surtout sessiles chez l'en- » fant et pédiculés chez l'adulte. » Les kystes pédiculés ont d'abord été sessiles et leur pédicule ne s'est formé que peu à peu. Le pédicule peut se rompre, et alors le kyste devient libre dans l'abdomen. Dans d'autres circonstances, le liquide renfermé dans cette petite poche disparaît; ses parois reviennent sur elles-mêmes et constituent un petit polype fibreux. Cette production peut elle-même se détacher et constituer un corps étranger de la cavité péritonéale. M. Luys a présenté à la Société anatomique un petit kyste qu'il avait trouvé dans l'abdomen, libre de toute adhérence. Peut-être cette petite tumeur avait-elle pour origine une de ces productions dont je viens de parler, dans le ligament large ou l'aileron de la trompe.

§ II. — Kystes des trompes.

La trompe, son canal, son pavillon, peuvent être le siége d'une dilatation kystique, et cette altération peut exister seule ou se rencontrer coïncidant avec un kyste ovarique. Il s'agissait probablement de tumeurs semblables dans les cas rapportés par Boivin et Dugès (1) et M. Follin, et dans lesquels des kystes se vidaient par l'utérus. Il en est de même d'un fait décrit par Morgagni (Lettre 38e) :

« Une femme laissait écouler, par le vagin et par jour, une livre de » liquide environ. A sa mort, on trouva la trompe très dilatée et con- » tenant environ cent trente livres d'un liquide glaireux. »

Ces tumeurs ont été surtout bien étudiées par M. Ad. Richard (2). Elles peuvent se développer primitivement et d'emblée dans la trompe, ou bien être constituées par le liquide provenant d'un kyste ovarique et qui s'est épanché consécutivement dans le canal de cet organe.

(1) *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes.* Paris, 1838, t. II, p. 580.
(2) *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. III, p. 121.

Digitized by Google

Il est curieux de voir que les auteurs confondaient tous ces kystes des trompes avec les kystes de l'ovaire. On trouve l'explication de cette confusion dans l'anatomie pathologique de ces tumeurs.

Elles forment, de chaque côté ou d'un seul côté de l'utérus, une masse plus ou moins considérable, fluctuante, transparente ; l'ovaire, le ligament rond, la trompe, tout est confondu. L'ovaire fait un relief sur la poche; et, à un examen superficiel, on peut penser que c'est un kyste limité à une des loges de l'ovaire. Si l'on n'a pas recours à une dissection attentive, on tombe dans l'erreur, qui a passé d'âge en âge, jusqu'à ces derniers temps.

Cependant, *à priori*, ces kystes sont plus bleuâtres, plus transparents ; la membrane qui les recouvre est plus mince. Le kyste de la trompe est refoulé presque toujours en arrière de l'utérus et occupe principalement le petit bassin. Sa poche est plus ou moins épaisse, suivant le volume du kyste ; le plus souvent elle est réduite à une lamelle fibro-séreuse mince. Le liquide est constitué par de la sérosité, et cela se conçoit d'autant mieux que la membrane interne de la trompe tient à la fois des membranes muqueuse et séreuse, mais plutôt de cette dernière.

En disséquant la tumeur, on retrouve le ligament rond et l'ovaire que l'on détache aisément. La trompe est oblitérée vers la cavité utérine et du côte de la cavité péritonéale. On peut, dans quelques cas, arriver jusque dans la poche, en introduisant un stylet fin par la cavité utérine, déboucher l'ouverture de la trompe et alors vider le kyste. D'autres fois, et le plus souvent, l'obstruction est complète.

Une même trompe peut présenter plusieurs kystes échelonnés comme des grains de chapelet. Le kyste peut occuper le pavillon, et c'est là son siége de prédilection, ou le canal lui-même.

Quand le kyste occupe le pavillon et le canal, on trouve une tumeur plus grosse, et, en longeant cette tumeur, un canal qui ressemble à une circonvolution intestinale. La grosse tumeur, c'est le pavillon ; la circonvolution, c'est le conduit de la trompe.

Quand les deux trompes sont le siége de kystes, ces tumeurs se touchent souvent à la partie postérieure de l'utérus. Elles semblent ne former qu'une grosse tumeur liquide, avec deux prolongements qui se

Digitized by Google

dirigent vers les cornes utérines, et l'utérus repose, pour ainsi dire, dans cette masse comme sur un coussinet.

Voici la description d'une de ces tumeurs que j'ai donnée dans les *Bulletins de la Société anatomique* (1852) :

La malade était couchée dans la salle Sainte-Catherine (service de M. Velpeau), et s'y trouvait déjà depuis plusieurs mois. Elle était âgée de quarante à quarante-cinq ans.

Depuis plus de dix ans, elle avait de temps en temps des pertes plus ou moins abondantes, et déjà plusieurs fois elle était entrée dans le service de M. Velpeau. De larges vésicatoires avaient été appliqués sur l'abdomen et sur la région lombaire. Les pertes s'étaient arrêtées, et la malade était sortie de l'hôpital. On trouvait alors, ce qu'on trouvait au moment de son dernier séjour, au-dessus du pubis, une masse énorme, dure, du volume d'un utérus contenant un enfant à terme, ayant une forme assez régulière. Par le toucher vaginal, on sentait le col assez gros, un peu mollasse. La femme était pâle, avait un teint à reflet plombé, avec un peu de bouffissure de la face, pas de teint jaune habituellement caractéristique de la cachexie cancéreuse. On pensait tout naturellement à des corps fibreux de l'utérus.

La malade était donc depuis plusieurs mois dans cet état, quand tout à coup les pertes devinrent plus abondantes, la malade s'affaiblit promptement, et trois jours après elle mourut à la suite de ces hémorrhagies.

Autopsie, vingt-quatre heures après la mort. — En ouvrant l'abdomen, je fus frappé d'apercevoir tout de suite une masse de petites tumeurs disséminées dans le mésentère. J'écarte les intestins, et je trouve que ces petites tumeurs se prolongent, le long de la colonne vertébrale, du côté du rectum en bas, et jusqu'au milieu du médiastin postérieur en haut. Ces petites tumeurs sont d'un blanc mat, molles, se laissant écraser assez aisément, et rappelant très bien, par leur couleur et leur consistance, la substance blanche cérébrale. Il n'y avait à hésiter qu'entre du tissu encéphaloïde ou des ganglions tuberculeux ramollis. Mais ces petites tumeurs sont partout au même degré de ramollissement; les poumons sont parfaitement sains, et, avec un examen plus attentif, on est vite convaincu que c'est du tissu encéphaloïde.

Cette femme nous offre aussi un foie gras. La substance corticale des reins est un peu atrophiée, les uretères dilatés. Arrivons aux organes génitaux :

1° L'utérus a conservé sa forme normale, mais a pris un volume au moins quinze fois plus considérable que ses dimensions naturelles. Si on le coupe, on constate que cette masse énorme est due à une hypertrophie générale de l'utérus.

2° Sa cavité est remplie de putrilage, de caillots sanguins et de liquide sanieux.

3° Le col de l'utérus, quand on l'a incisé, laisse échapper une matière blanche, formant un putrilage du côté de la cavité du col. L'espace occupé par cette matière encéphaloïde pourrait contenir un petit œuf de poule.

4° Rien du côté du vagin ou de la vessie. Le rectum passe derrière l'utérus, et entre les deux organes sont situées et accolées sur la ligne médiane deux énormes poches, représentant à elles deux au moins le volume de la tête d'un enfant nouveau-né.

5° Que sont les poches? Par une dissection attentive et délicate, on parvient à séparer ces deux poches. Toutes deux sont très fluctuantes; toutes deux sont surmontées par un cordon rempli de liquide séreux, offrant, à s'y méprendre d'abord, l'aspect d'un bout d'intestin grêle distendu par un liquide. En poursuivant plus loin la dissection, on retrouve en avant le ligament rond, puis on sépare la trompe de l'ovaire.

Digitized by Google

Or voici comment se présente la trompe : cette espèce d'anse d'intestin grêle, de la longueur d'un décimètre au moins, n'est autre que le conduit de la trompe, étranglé, oblitéré à un centimètre du corps de l'utérus. Du côté du pavillon, ce conduit vient s'ouvrir dans une poche ayant au moins le volume d'un œuf d'oie. Ce conduit et ce kyste, qui n'est autre chose qu'un kyste dans le pavillon de la trompe, communiquent entre eux ; c'est un énorme kyste de la trompe et du pavillon. Ce kyste a contracté des adhérences avec la face postérieure et supérieure de l'ovaire, adhérences assez intimes, assez difficiles à détruire avec le scalpel.

L'ovaire est du volume d'un œuf de poule, formé de bosselures ; les unes mollasses et blanches, les autres fluctuantes. Les bosselures mollasses sont constituées par du tissu encéphaloïde ; les bosselures fluctuantes sont formées par des kystes, les uns communiquant entre eux, d'autres isolés et indépendants.

Cette pièce offre le plus grand intérêt ; elle est remarquable et par l'hypertrophie considérable de l'utérus et par la présence du tissu encéphaloïde dans le col, les ovaires, le mésentère, etc., sans que la malade ait présenté le teint caractéristique de la cachexie cancéreuse, et par les kystes de l'ovaire, et aussi surtout par les deux kystes des trompes.

Je ferai remarquer en terminant que les deux ovaires et les trompes étaient accolés et situés derrière l'utérus, parce que ces organes peuvent dans cet endroit se développer avec moins de gêne. J'ajoute que cette femme offrait un foie gras et des poumons parfaitement sains.

Peut-être, à la longue, les kystes de la trompe auraient-ils pu s'ouvrir dans l'utérus et se vider par cet organe. Mais je donne cette hypothèse, sans y attacher aucune importance pour ce cas, et sans m'y arrêter.

La connaissance, l'étude de ces tumeurs n'est pas seulement intéressante au point de vue de la science, mais bien plus encore au point de vue des applications à la pathologie et à la thérapeutique.

Ces kystes sont purement séreux, ont leurs parois peu épaisses et se prêtent merveilleusement aux injections irritantes. — Si les trompes ne sont pas complétement oblitérées, leur cathétérisme peut donner d'excellents résultats. — La ponction peut être pratiquée par le vagin et aussi par la cavité utérine. Nous reviendrons plus loin sur ces faits et leur indication thérapeutique.

Il n'est pas rare de trouver un kyste ovarique et un kyste de la trompe sur une même pièce. Ces deux tumeurs communiquent entre elles et se vident l'une dans l'autre. Quand on presse la tumeur ovarienne, elle s'affaisse et le liquide passe dans la trompe et réciproquement.

Il est difficile, dans ces cas, de décider, d'une manière absolue ou satisfaisante, si le kyste ovarique a précédé le kyste tubaire, ou si ces deux poches se sont développées simultanément.

Le pavillon, je l'ai dit plus haut, est le siége de prédilection de ces kystes des trompes. Quant la poche occupe le pavillon, il est rare que le liquide ne pénètre pas en même temps dans le canal de la trompe ; mais

Digitized by Google

quand il a pour siége les franges du pavillon, il peut rester, et reste souvent, parfaitement isolé. J'ai vu, il y a quelques jours, dans le service de M. Gosselin, à l'hôpital Cochin, un exemple de ces altérations.

Une femme avait succombé à un cancer du foie. A l'autopsie, on trouve, d'un côté, un petit kyste, gros comme une noisette, et qui avait pour siége le pavillon d'une des trompes, et de l'autre côté, deux petites tumeurs liquides, transparentes, grosses comme des grains de blé, appendues par un petit pédicule, étroit, mince, et qui avaient leur origine bien évidente dans les franges du pavillon.

Mais ces petites poches n'ont d'intérêt qu'au point de vue anatomique, et nous éloignent des kystes ovariens ou des tumeurs qui peuvent les simuler.

§ III. — Tumeurs enkystées du péritoine.

Ces tumeurs, bien décrites par Boyer qui en rapporte plusieurs exemples fort curieux, sont assez rares. Elles ont pour siége la cavité péritonéale; elles ont pour limites des adhérences établies entre les deux feuillets de la séreuse abdominale. Dans certains cas, quand elles sont placées dans l'une des fosses iliaques, elles peuvent revêtir tous les caractères de kystes ovariques et rendre le diagnostic fort difficile.

J'ai présenté, en 1851, à la Société anatomique, une pièce pathologique qui vient à l'appui de cette assertion.

Sur le cadavre d'une vieille femme apporté à l'École pratique, je remarquai l'existence d'une tumeur péritonéale, bien circonscrite, bien limitée, faisant, à travers la paroi abdominale, un relief bien prononcé, et présentant tous les caractères d'une poche arrondie, fluctuante, et placée dans une des fosses iliaques. Après avoir ouvert la paroi abdominale, je trouvai l'utérus et ses annexes parfaitement sains. La poche fluctuante, grosse comme la tête d'un adulte, était appliquée dans la fosse iliaque droite, et descendait jusqu'au niveau du détroit supérieur du bassin. L'S iliaque du côlon était appliquée au-devant de la poche, de façon que le côlon descendant, au lieu de descendre vers la fosse iliaque, se dirigeait, de gauche à droite, jusqu'au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite ; puis se recourbant, de droite à gauche, venait s'engager dans la cavité pelvienne et reprendre sa place ordinaire. Le péritoine recouvrait le kyste, et pouvait être décollé sur toute son étendue. J'ai pu ainsi retirer complétement la tumeur de la cavité abdominale; elle était constituée par une poche fibro-séreuse mince et remplie d'un liquide séreux. Sa paroi interne était parfaitement lisse.

Digitized by Google

§ IV. — Tumeurs enkystées, hydatiques ou séreuses, du mésentère et de la cavité abdominale.

A côté de ces kystes péritonéaux proprement dits, viennent se grouper les kystes séreux du mésentère. On trouve des exemples de ces tumeurs, qui, comme certains kystes ovariques, ont passé inaperçues pendant la vie et dont on n'a reconnu l'existence qu'à l'autopsie.

M. Mesnet a présenté à la Société anatomique, en 1851, un kyste du mésentère, siégeant vers la terminaison de l'intestin grêle, ayant la forme d'une demi-sphère et la grosseur d'un œuf. La femme avait succombé à une hypertrophie du cœur avec emphysème pulmonaire.

Ce kyste était peu volumineux encore, et la présentation de M. Mesnet se borne aux indications que je viens de rapporter. Mais si ce kyste avait grossi, il est possible que par la suite il eût donné lieu à de grandes difficultés pour le diagnostic.

Les kystes acéphalocystes du mésentère, des épiploons, du bassin et du petit bassin, sont bien plus fréquents que les kystes séreux. Leur existence dans les régions où ils peuvent simuler les kystes de l'ovaire, coïncide le plus ordinairement avec la présence d'autres tumeurs dans d'autres points de la cavité abdominale ou des cavités environnantes. Ces productions parasitaires se rencontrent aussi fréquemment dans l'un et l'autre sexe, mais au point de vue où nous sommes placés, elles ne doivent nous occuper que chez la femme. On en rencontre beaucoup d'exemples dans les *Bulletins de la Société anatomique*. Je me bornerai à rapporter ici une observation des plus curieuses et que j'emprunte à l'excellent ouvrage de M. Cruveilhier. La tumeur, dans ce cas, a été prise pour un kyste ovarique, et a donné lieu à une erreur de diagnostic. Elle nous est ainsi doublement précieuse (1).

Kyste acéphalocyste multiple de l'épiploon pris pour un kyste ovarique multiloculaire. — Une jeune fille de vingt-trois ans est entrée dans mon service à la Charité, en octobre 1852, pour une tumeur abdominale, qui me parut présenter les caractères d'une hydropisie enkystée multiloculaire de l'ovaire. Cette tumeur était molle, fluctuante dans la plus grande partie de

(1) Consulter, pour d'autres faits, les *Bulletins de la Société anatomique*. Les différentes observations sont parfaitement indiquées dans la table si bien rédigée par M. le docteur Bouteillier (de Rouen) : — *Hydropisie enkystée de l'abdomen*, t. III, p. 228; — *Hydropisie de l'arrière cavité des épiploons*, t. XIX, p. 332; — *Hydropisie des parois abdominales*, t. XIX, p. 283; — et *Kystes acéphalocystes de l'abdomen, des épiploons*, etc.

Digitized by Google

son étendue, c'est-à-dire à sa circonférence; elle était tendue, formée par des masses sphéroïdales bien distinctes, dont quelques-unes étaient douloureuses à la pression. L'état général était d'ailleurs excellent : embonpoint, fraîcheur remarquable, appétit; apyrexie complète; point de cause connue du développement de cette tumeur. Ma première pensée fut de ne rien faire, et plût au ciel que je n'eusse pas changé d'avis. Mais bientôt cette jeune fille se plaignit de douleurs vives, surtout à la partie latérale droite de l'abdomen, où la pression était devenue très douloureuse. Une de ses voisines, affectée d'ascite par cirrhose, venait d'être grandement soulagée par la ponction. Elle me demandait le même soulagement. J'étudiai sa tumeur avec plus de soin encore, et je constatai de nouveau que la tumeur était molle, fluctuante dans la plus grande partie de son étendue, et semblait divisée par un rétrécissement léger en deux parties inégales : l'une droite, plus considérable ; l'autre gauche, plus petite; mais je constatai aussi que l'impulsion imprimée au liquide par un choc léger et brusque (par chiquenaude), sur l'un des côtés de la tumeur, n'était pas transmise de l'autre côté. Si, au contraire, je pressais largement d'une main la partie latérale droite de la tumeur, l'autre main, appliquée sur la partie latérale gauche, était fortement soulevée, comme si le liquide était contenu dans une seule et même poche. J'en conclus, ou qu'il n'existait qu'une seule poche, ou bien qu'il existait deux poches accolées non communicantes, ou bien enfin que la quantité du liquide contenu ne lui permettait pas cet ébranlement général, d'où résulte le choc par contre-coup (1). J'hésitais encore à faire pratiquer la ponction; mais les douleurs augmentaient toujours, et, persuadé que ces douleurs étaient la conséquence de la distension de la poche principale, je me décidai à la ponction, en recommandant à l'interne (M. Galliet) de choisir un trocart du plus gros diamètre, dans la pensée que, comme dans la plupart des kystes ovariques multiloculaires, nous allions rencontrer un liquide filant, à la manière du blanc d'œuf. Relativement au lieu de la ponction, j'hésitai quelque temps entre le côté gauche et le côté droit. Malheureusement j'optai pour le côté gauche, par la seule raison que la tumeur était plus proéminente de ce côté.

La ponction est pratiquée pendant que je faisais ma visite. Il s'échappe quelques cuillerées d'un liquide purulent, qui s'arrête brusquement. Je suis appelé. A l'aide d'un stylet introduit dans la canule, nous favorisons la sortie de flocons que je crus d'abord pseudo-membraneux. Ces flocons sortis, le liquide reparaît, puis cesse de couler, puis reparaît, à chaque fois que nous retirons à l'aide de pinces les flocons d'albumine qui obturent la canule; une pression exercée au voisinage en favorise la sortie; puis le liquide s'arrête définitivement. Je retire la canule; le liquide continue à suinter par la petite plaie, et nous favorisons encore sa sortie par une douce pression. Alors seulement la pensée me vient que le prétendu kyste multiloculaire de l'ovaire pouvait bien n'être qu'un groupe de kystes acéphalocystes; que les prétendus flocons pseudo-membraneux, que j'avais cru reconnaître, pouvaient bien n'être que des fragments d'acéphalocystes. La vérité se présenta alors à mes yeux avec toutes ses conséquences, car j'avais observé un cas analogue : le liquide purulent contenu dans la poche allait s'épancher dans l'abdomen, et une péritonite suraiguë allait se produire. J'examinai donc avec plus d'attention les flocons retirés. C'étaient, en effet, des débris opaques de membranes acéphalocystes.

(1) La fluctuation est le résultat du déplacement en masse de la partie contenue, qui peut être molle ou liquide; le choc par contre-coup est le résultat d'un ébranlement moléculaire, ébranlement produit par une percussion très rapide, brusquement imprimée sur le point diamétralement opposé à celui que l'on explore à l'aide de l'autre main.

Digitized by Google

J'annonçai des accidents aussi prompts que formidables, et, en effet, quelques heures après la ponction, frisson avec tremblement, altération profonde de la face, dépression extrême du pouls, douleur abdominale excessivement vive, ballonnement du ventre.

Le lendemain, sueur glaciale. Mort le troisième jour, au milieu des plus vives douleurs.

Ouverture. — Péritonite purulente (de 5 à 6 litres de pus dans l'abdomen). Ce pus était légèrement rosé, mêlé de flocons pseudo-membraneux. Une couche pseudo-membraneuse mince tapisse la totalité du péritoine, qui est excessivement rouge et parsemé de larges plaques rouge foncé, rouge noir, avec extravasation sanguine. Je n'ai jamais vu de coloration plus intense du péritoine enflammé. Je reconnus tout de suite que nous avions eu affaire, non à un kyste de l'ovaire, mais à une masse de kystes acéphalocystes développés dans l'épaisseur de l'épiploon, masse analogue à celle que j'ai fait représenter (pl. 1 et 2, livr. XIX). Cette masse, libre dans sa moitié gauche, adhérait par des liens celluleux, nombreux et très résistants, à la moitié droite des parois abdominales. J'acquis donc la triste certitude que si, au lieu d'avoir été pratiquée à gauche, la ponction avait été faite à droite, la ponction aurait eu sans doute le même résultat négatif, en tant que ponction, mais elle n'aurait pas été suivie d'épanchement dans la cavité péritonéale, et, par conséquent, de péritonite mortelle.

Cette masse de kystes hydatiques de volumes très divers, non-seulement remplissait une bonne partie de l'abdomen, mais encore plongeait dans l'excavation pelvienne, qu'elle remplissait entièrement, et s'enfonçait entre l'utérus et le vagin, qui étaient en avant, et le rectum qui était en arrière ; de telle sorte qu'on aurait pu facilement atteindre cette masse hydatique, pendant la vie, par le toucher rectal aussi bien que par le toucher vaginal.

Les deux ovaires étaient parfaitement sains, ainsi que la trompe gauche ; mais la trompe droite communiquait largement avec le kyste principal par son extrémité libre, de telle façon que les deux tiers externes de la trompe très dilatés contenaient le même liquide que la poche principale. La trompe était d'ailleurs oblitérée du côté de l'utérus.

C'était bien dans le kyste principal que le trocart avait pénétré. Ce kyste était uniloculaire, mais divisé par des rétrécissements en quatre compartiments. Il contenait un liquide purulent, semblable à celui qui avait été évacué par la ponction et un grand nombre de débris d'acéphalocystes. C'étaient ces débris qui, s'enroulant sur eux-mêmes, s'étaient engagés dans la canule du trocart, où ils faisaient bouchon et s'opposaient à l'écoulement du liquide. C'était ce grand kyste qui pénétrait dans l'excavation pelvienne.

Indépendamment de ce grand kyste, il y en avait un grand nombre d'autres, d'inégal volume, dont quelques-uns très petits. Ces kystes étaient pour la plupart en voie de guérison, ratatinés, remplis d'acéphalocystes vides, fortement pressées les unes contre les autres. Plusieurs de ces poches qui, comme la poche principale, avaient été le siége d'une sécrétion purulente, contenaient des débris d'acéphalocystes.

§ V. — Kystes de l'utérus.

Ces tumeurs sont excessivement rares. Quand le liquide est contenu dans la cavité utérine, la tumeur rappelle, par sa forme et son développement, l'utérus gravide. Quand, au contraire, on a sous les yeux un de ces kystes rares, séreux, interstitiels, c'est-à-dire développés dans l'épaisseur du tissu utérin, et bien décrits par M. Huguier, l'état

Digitized by Google

de l'utérus et de ses annexes est assez curieux. L'utérus a subi une élongation plus ou moins considérable; sa cavité est agrandie, le kyste est recouvert par le tissu utérin et peut être énucléé, comme ferait un corps fibreux. Ces kystes n'acquièrent pas un volume considérable et ne doivent pas nous arrêter plus longtemps.

§ VI. — Hématocèle rétro-utérine.

L'hématocèle rétro-utérine est constituée par une quantité de sang plus ou moins considérable, épanché dans le cul-de-sac recto-vaginal. A peine le liquide est-il tombé dans la cavité péritonéale, qu'il s'enkyste. Au début, l'hématocèle ne peut pas simuler un kyste ovarique; mais plus tard, quand les accidents aigus ont disparu, quand la tumeur est nettement enkystée, elle doit être inscrite dans le tableau anatomique que je trace en ce moment. J'ai publié, dans la *Gazette des hôpitaux*, une série de leçons de M. le professeur Nélaton, sur cette affection (1851). Elle a été étudiée depuis par mon collègue M. le docteur Auguste Voisin, ancien interne distingué des hôpitaux, et qui a eu l'obligeance de revoir la description suivante (1) :

« L'hématocèle rétro-utérine est constituée anatomiquement par une poche remplie de sang noir et visqueux, limitée en avant par la face postérieure de l'utérus et de l'un ou des deux ligaments larges; en arrière, par le rectum et la partie postérieure de la cavité pelvienne; latéralement, par le péritoine qui la sépare des parois du bassin; en bas, par le cul-de-sac utéro-rectal; en haut, par une portion du rectum, l'S iliaque, une ou plusieurs anses d'intestin grêle, et le cæcum, unis par des adhérences à l'utérus et aux ligaments larges.

» La poche est intra-péritonéale; dans certains cas où le siége extra-péritonéal a été admis à un premier examen, une dissection plus attentive à fait découvrir la séreuse au-dessous de la tumeur.

» La poche est toujours rétro-utérine; si, pendant la vie, on sent la tumeur circonscrire les parties latérales de l'utérus, cela tient à ce que son contenu a repoussé en avant les ligaments larges et a pris leur place, d'une manière apparente du moins.

(1) M. le docteur A. Voisin a publié, sur ce sujet, la plus complète monographie que nous possédions. C'est une thèse inaugurale fort bien conçue, fort bien rédigée, et que l'on pourra consulter avec fruit. (*Thèse sur l'hématocèle rétro-utérine.* Paris, 1858.)

Digitized by Google

» L'hématocèle est en relation immédiate avec la menstruation. Antérieurement à l'affection, les malades sont abondamment, et souvent irrégulièrement réglées. Ce sont des femmes de trente ans, en moyenne, d'un tempérament sanguin, passionnées et adonnées aux plaisirs vénériens. — Cliniquement, l'hématocèle se caractérise par une douleur expulsive,—par une perte abondante de sang concomitante au début, — par une tumeur pelvienne dépassant le plus souvent le pubis, sentie par le vagin, en arrière de l'utérus dont elle repousse le col en avant; tumeur mate, d'abord molle, fluctuante, puis dure, quelquefois devenant plus tard le siége d'une suppuration qui diminue sa consistance et la rend de nouveau fluctuante, — par une décoloration rapide de la peau et par des symptômes de péritonite et d'hémorrhagie interne qui, dans le début de l'affection, ont mis les jours de la malade en danger. »

L'observation suivante, que je dois à mon excellent ami M. Binet, interne distingué des hôpitaux, est intéressante et résume bien ce qui vient d'être dit sur la tumeur, son contenu et les parties environnantes :

Une malade, âgée de trente-cinq ans, est entrée à la Maison municipale de santé en 1855.

Cette femme, mariée, avait éprouvé deux ans auparavant, à la suite d'une longue suppression de règles, les symptômes d'une péritonite limitée au petit bassin. Traitée énergiquement, elle guérit sans qu'aucune collection se fût ouverte dans le vagin ou le rectum. Depuis un an, dit-elle, son ventre augmente de volume, sans que sa santé soit altérée. Depuis quelques jours, l'abdomen a acquis des dimensions plus considérables; en même temps, la malade a été prise de fièvre, et a éprouvé de la douleur et une sensation de pesanteur dans le vagin.

A l'examen, tumeur fluctuante et mate, occupant la région iliaque droite, l'hypogastre, le flanc droit, la fosse iliaque gauche, et s'élevant jusqu'à l'ombilic. — Sonorité dans le flanc droit.

Par le toucher vaginal, on constate que l'orifice de la vulve est occupé par une tumeur fluctuante formée par la paroi vaginale postérieure en procidence. C'est à peine si l'on peut pénétrer au-dessus de la tumeur, entre elle et le pubis, et atteindre le col utérin.

M. Monod, constatant que la fluctuation était communiquée de l'abdomen à la tumeur vaginale, pénétra par ponction dans cette dernière et fit une incision longitudinale de 5 centimètres. L'ouverture donna issue à 3 ou 4 litres d'un liquide rougeâtre, grumeleux, fétide, analogue à celui des collections sanguines anciennes. L'abdomen s'affaissa immédiatement ainsi que la tumeur vaginale.

Durant six semaines des injections d'eau iodée, plutôt détersives que substitutives, furent poussées par l'incision, maintenue béante au moyen d'une canule. La malade sortit, conservant encore un léger écoulement sanguinolent.

§ 7. — Enfin, je me bornerai à mentionner, en terminant, ce qui a rapport aux caractères anatomiques des tumeurs liquides pouvant simu-

Digitized by Google

ler un kyste ovarien, *certains abcès froids*, les *kystes des reins*, *certains kystes volumineux du foie*, la *distension de la vessie par l'urine*. A propos de cette dernière affection, à laquelle j'ose à peine appliquer le nom de tumeur, on a toujours présent à l'esprit ce fait si curieux rapporté par Boyer. Un malade vint le consulter sur le choix des eaux qu'il devait préférer, pour tâcher de se guérir d'une ascite énorme. Boyer sonda le malade et l'ascite disparut.

Ce n'est pas sans raison que j'indique ici les divers abcès de la cavité pelvienne et de la cavité abdominale comme pouvant simuler les kystes de l'ovaire. Il arrive souvent que les chirurgiens les plus habiles éprouvent de l'embarras dans le diagnostic de ces tumeurs. Il y a encore, dans ce moment, dans le service de M. le professeur Velpeau, une malade qui présente une de ces tumeurs insidieuses, très probablement un abcès. Cette malade a fait le sujet d'une remarquable improvisation de M. Velpeau, le 17 novembre, et l'observation, je le sais, sera ultérieurement publiée par MM. les internes du service. On trouvera plus loin l'observation d'une tumeur encéphaloïde (observation de M. Moysant) qui a donné lieu à une grande difficulté de diagnostic et a été prise pour un kyste ovarique par un médecin fort distingué. Ce fait justifie assez, je l'espère, l'article qui va suivre.

ARTICLE II. — Tumeurs solides.

La description de ces tumeurs ne nous arrêtera pas longtemps. Je me bornerai presque à en donner l'indication et à rapporter quelques observations fort curieuses que j'ai pu rassembler.

Parmi ces tumeurs, nous établirons plusieurs divisions : les unes sont *molles*, fluctuantes ; d'autres d'une consistance plus *dure ;* d'autres enfin, que j'appellerai mixtes, et formées à la fois par une partie solide et une partie liquide.

A. *Tumeurs molles.*

Ces tumeurs sont constituées tantôt par des masses encéphaloïdes, tantôt par des masses colloïdes, ayant leur siége dans le petit bassin. Ces tumeurs occupent parfois le tissu cellulaire interposé à l'utérus et au rectum ; parfois, mais moins souvent, le tissu cellulaire compris entre la

Digitized by Google

matrice et la vessie. Les tumeurs colloïdes surtout ne sont pas très rares. J'ai vu plusieurs exemples de ces productions pathologiques à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Velpeau ; je me bornerai à citer, en quelques mots, un seul fait que j'ai rencontré à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Gosselin (1855) :

Femme d'une trentaine d'années ; tumeur abdominale, occupant le bassin et remontant dans une des fosses iliaques. Tumeur arrondie, *fluctuante*, et simulant un kyste de l'ovaire.

Autopsie. — On trouve en arrière de l'utérus, entre cet organe et le rectum, une tumeur arrondie, de la grosseur de la tête d'un adulte et qui, quand on l'explore, donne encore une fausse sensation de fluctuation. Cette tumeur est coiffée et recouverte, presque en totalité, par le péritoine. Le cul-de-sac recto-vaginal a disparu. L'intestin est refoulé en haut, au-dessus de la masse morbide. La tumeur est en partie enclavée dans l'excavation pelvienne, en partie située dans la cavité abdominale proprement dite. L'utérus offre une disposition curieuse. Il est accolé à la face antérieure de la tumeur, et il a subi une élongation telle que le col a complétement disparu. La cavité utérine ressemble presque au vagin ; sa longueur est de douze centimètres ; ses parois sont très amincies. Les ovaires et les trompes sont sains. A la coupe, on trouve que la masse est composée d'un tissu colloïde, ressemblant à des paquets de fibrine décolorée ou à une gelée de pomme fort épaisse.

Les tumeurs encéphaloïdes peuvent aussi constituer des masses qui simulent les kystes ovariques. Voici deux faits assez curieux :

La première pièce a été recueillie sur une petite fille de douze ans et doit être rapprochée de l'observation de M. Gibert que j'ai rapportée plus haut. Elle a été présenté à la Société anatomique par M. Goupil (1854).

Cette tumeur aurait débuté onze mois auparavant. A cette époque, les parents de la petite fille se sont aperçus que son ventre grossissait.

Elle est entrée à l'hôpital il y a un mois. Elle était tuberculeuse. A l'auscultation on trouvait de la respiration bronchique, de la pectoriloquie, etc. Le ventre avait un volume considérable et l'on sentait très bien dans la fosse iliaque droite une tumeur énorme, remontant vers l'hypochondre droit et semblant s'engager, d'autre part, dans la cavité pelvienne. Cette tumeur, au toucher, paraissait lobulée, mamelonnée ; elle offrait une fluctuation fort douteuse.

A cause de l'existence des tubercules pulmonaires, on avait bien pensé à une altération des ganglions mésentériques, mais la position de la tumeur à droite de la ligne médiane, sa direction vers le foie en haut et à droite, son volume énorme écartaient cette idée. Une péritonite chronique, à moins d'être bien limitée et bien circonscrite, n'expliquait pas davantage la présence de cette tumeur. Elle était trop profonde, sa fluctuation trop douteuse et l'intestin était refoulé à gauche.

Le foie était libre et l'on sentait fort bien qu'il était indépendant de la tumeur.

Dans les quinze derniers jours, il survint un œdème considérable des membres inférieurs ; enfin la malade mourut.

Digitized by Google

A l'*autopsie*, on trouva les tubercules pulmonaires, une oblitération de la veine cave inférieure. Cette veine, en effet, perméable à l'embouchure des veines rénales, est obstruée plus bas par un caillot, qui occupe tout son calibre dans une étendue de plus d'un pouce.

Le foie complétement libre.

Les ganglions mésentériques peu hypertrophiés.

Le péritoine bien libre aussi.

Enfin une grosse tumeur occupant le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Cette tumeur, d'une consistance mollasse, plus ou moins ramollie dans différents points, a une forme ovoïde. Sa plus grosse extrémité est tournée en haut et à droite, sa plus petite extrémité s'engage dans le bassin, entre le rectum et l'utérus.

Cette portion, trop grosse pour s'engager dans la cavité pelvienne, s'est allongée un peu. On ne peut pas mieux comparer l'ensemble de la tumeur qu'à un utérus gravide, un peu allongé en haut. La portion qui s'engage dans le bassin rappelle assez bien la forme du col utérin.

Le rectum, placé derrière, n'a pas d'adhérence avec cette masse. On retrouve l'utérus en avant et en bas, bien libre, de même que ses annexes.

Il y a cependant un point où le rectum est adhérent avec la partie postéro-inférieure de la tumeur; on voit même une bosselure qui proémine dans sa cavité. Cette bosselure, appartenant sans aucun doute à la tumeur, est incisée. Elle est formée par une substance blanchâtre molle, pulpeuse, qui a tous les caractères du tissu encéphaloïde.

La tumeur, suivant son grand diamètre, a, au moins, quatre décimètres; à sa grosse extrémité, un décimètre et demi, mesuré transversalement, à sa petite extrémité, un décimètre.

On pratique une longue incision suivant son grand axe. C'est encore, pour tout le monde, du tissu encéphaloïde plus ramolli au centre qu'à la périphérie.

M. Dufour prend des fragments de la tumeur dans différents points et partout il trouve les éléments du cancer les mieux caractérisés.

La seconde est plus curieuse encore. Elle a été aussi présentée à la Société anatomique et M. Moysant, interne des hôpitaux, a bien voulu me communiquer l'observation suivante :

Tumeur énorme de nature fibreuse, occupant presque tout l'abdomen et dont le point de départ est dans le tissu cellulaire du ligament large droit et du cul-de-sac utéro-vésical. Mort. (Hôpital Saint-Louis, service de M. Hardy, salle Saint-Ferdinand, n° 21. Par M. le docteur Moysant.)

La nommée Rigolat (Florentine), âgée de dix-huit ans, blanchisseuse, est entrée à l'hôpital Saint-Louis le 24 septembre 1857. Avant l'apparition de sa maladie actuelle, elle jouissait d'une bonne santé. Elle est menstruée depuis deux ans et demi ou trois ans et les règles viennent régulièrement. Au mois de février ou de mars dernier, elle fit la connaissance d'un homme avec lequel elle eut pour la première fois, dit-elle, des rapports sexuels. Bientôt elle vécut maritalement avec cet individu et quelque temps après, vers la fin d'avril, elle se crut enceinte. En effet, elle présenta tous les symptômes d'une grossesse à son début; diminution et irrégularité de l'appétit, nausées et même vomissements, d'abord tous les deux ou trois jours, mais bientôt plus fréquents; céphalalgie, faiblesse musculaire, lassitude, courbature, inaptitude au travail, défaillances assez fréquentes. Les règles, qu'elle attendait à la fin du mois, ont coulé en très petite quantité et quelques heures seulement. Depuis elle ne les a eues qu'une fois, et encore moins abondantes qu'à l'ordinaire.

Digitized by Google

Quelques jours après le début de ces premiers symptômes, elle éprouva dans le bas-ventre et à droite une douleur d'abord peu intense, mais augmentant bientôt d'une manière graduelle pour devenir très vive. Cette douleur ne l'a plus quittée et actuellement elle existe encore, non pas à un degré d'acuité constant et toujours le même, mais sans jamais disparaître d'une manière complète. Elle présente des exacerbations qui reviennent à des intervalles très irréguliers. Cependant la malade a presque tous les jours un, deux ou trois accès et même quelquefois la douleur persiste presque toute la journée. Son point de départ est dans la fosse iliaque droite. De là, elle rayonne dans tout le ventre et même à la partie supérieure des cuisses. Tantôt cette douleur coïncide avec des coliques également très vives, tantôt celles-ci se font sentir dans l'intervalle des accès dont nous venons de parler. Il en résulte que quelquefois cette femme n'a pas un moment de répit.

Il y avait déjà un mois ou six semaines qu'elle était dans cet état lorsqu'elle s'aperçut qu'une tumeur se développait dans le bas-ventre. Persuadée qu'elle était enceinte, elle ne s'en étonna point et crut naturellement que c'était l'utérus distendu par le fruit de la conception. Elle resta donc tranquille, pensant que l'évolution naturelle de sa grossesse et la parturition pouvaient seules la délivrer de ses maux. Cependant l'état de souffrance dans lequel elle se trouvait et la fatigue extrême quelle éprouvait en travaillant lui donnèrent quelques inquiétudes et lui firent soupçonner quelque chose d'anormal chez elle. Ces craintes la déterminèrent à aller consulter, il y a quinze jours, une sage-femme qui, après l'avoir examinée et touchée, lui dit que non-seulement elle était enceinte, mais encore qu'elle touchait au terme de sa grossesse. Depuis cet examen, l'état de la malade s'est beaucoup aggravé, sans doute sous l'influence des brutalités que lui faisait subir l'homme avec lequel elle vivait et aussi des efforts qu'elle était obligée de faire pour travailler malgré son extrême faiblesse. Ne pouvant plus rien faire et n'espérant de soulagement que de l'accouchement qu'on lui avait annoncé comme prochain, elle entra à l'hôpital le 21 septembre.

23 septembre. — *État actuel.* — Cette fille est dans les salles depuis deux jours. Elle a le ventre très développé et, à première vue, on croirait qu'elle est arrivée au terme de sa grossesse. Cependant les douleurs qu'elle éprouve ne ressemblent nullement à celles d'une femme sur le point d'accoucher. Elles ont tous les caractères dont nous avons parlé plus haut.

En interrogeant cette malade, nous apprenons qu'elle a eu ses premiers rapports sexuels au mois de mars seulement et qu'elle ne peut être enceinte que depuis le mois d'avril au plus tôt, circonstance qui n'est nullement en rapport avec le développement du ventre actuel. De plus, il y a bien eu plusieurs accidents précurseurs de la grossesse, mais quelques-uns et de première importance ont manqué. Ainsi les seins n'ont présenté aucun changement de volume ni de forme; ils n'ont été le siége d'aucune douleur; les mamelons et leur auréole n'offrent point cette coloration brune qui est constante dans la grossesse. Enfin il y a bien eu suppression des règles, mais suppression graduelle.

L'examen minutieux du ventre et de l'utérus vient confirmer bientôt les premiers doutes. En palpant l'abdomen, on sent une tumeur énorme, bosselée, inégale, un peu molle. Elle paraît tout d'abord présenter une fluctuation manifeste, mais à un examen plus attentif, on s'aperçoit que la tumeur est molle, dépressible, mais non franchement fluctuante. En bas, elle plonge dans le bassin qu'elle paraît remplir complétement. De là, elle s'élève vers l'ombilic pour se perdre dans l'hypochondre droit, où il est impossible de la limiter. Latéralement, elle occupe la fosse iliaque droite et le flanc du même côté. Elle n'occupe que la partie interne de la fosse iliaque et laisse le flanc et l'hypochondre de ce côté complétement libres, et il en résulte une déformation du ventre qui est déprimé à gauche et saillant du côté opposé. Outre les inégalités

Digitized by Google

et les saillies très marquées qu'on sent d'une manière très manifeste à travers les parois abdominales, il existe, au niveau de l'ombilic, une rainure profonde qui semble diviser cette tumeur en deux tumeurs, l'une supérieure et l'autre inférieure. La première, présentant un bord inférieur mince et tranchant et qui rappelle le bord inférieur du foie, paraît en haut se continuer avec cette glande. Cette rainure est profonde et parfaitement tranchée à droite, mais à gauche de l'ombilic, elle est interrompue et les deux tumeurs semblent se continuer au moyen d'une lame de deux à trois centimètres de largeur. Par le toucher vaginal, on trouve les signes suivants : le col de l'utérus est celui d'une vierge et ne présente aucun des caractères qu'on rencontre pendant la gestation. Il est impossible d'apprécier d'une manière exacte l'état de l'utérus, mais en avant du col, on sent une tumeur énorme que le doigt ne pourrait limiter, qui se prolonge dans l'abdomen. Par le toucher rectal, le doigt indicateur introduit dans l'anus rencontre l'utérus en avant du rectum. Cet organe ne présente aucun changement dans son volume ni dans sa forme.

Depuis huit jours environ, cette malade a des frissons et de la fièvre à des intervalles très irréguliers. Actuellement le pouls est fréquent et la peau chaude et sèche. Il y a de l'amaigrissement, un peu de diminution de l'appétit, une soif assez prononcée et quelques vomissements qui sont plus fréquents depuis deux ou trois jours. Selles peu fréquentes. Les urines sont rendues, comme d'habitude, sans difficulté.

De cet examen, il résulte que cette fille n'est pas enceinte ; que ce qu'on a cru être l'utérus distendu par le produit de la conception est une production anormale, ayant bien certainement son point de départ ailleurs que dans l'organe de la gestation. Mais quel est le siége et quelle est la nature de cette tumeur ?

Pour le siége, il n'y a guère à choisir qu'entre l'ovaire, le ligament large et le tissu cellulaire péri-utérin.

Aurait-on affaire à une de ces tumeurs sanguines décrites depuis quelques années seulement et qu'on appelle hématocèles rétro ou péri-utérines? Mais ce n'est pas là leur siége habituel, qui est généralement derrière l'utérus, et puis nous ne retrouvons ici aucun signe de leur début et de leur marche.

On pourrait plutôt croire à l'existence d'un kyste de l'ovaire, surtout d'un kyste multiloculaire. Cependant, il est rare que la maladie ait une marche aussi rapide que dans le cas actuel et que la tumeur présente ces bosselures et ces inégalités dont nous avons parlé. Du reste une ponction exploratrice, qui n'amena que quelques gouttelettes de sang pur, rendit encore moins probable cette supposition.

On songea un instant à une grossesse extra-utérine, mais nous ne trouvons ici aucun des caractères de la grossesse extra-utérine, ni dans le début, ni dans les symptômes, ni dans la marche de la maladie.

Cette analyse était loin d'éclairer le diagnostic. Cependant, après quelques semaines de séjour de la malade à l'hôpital, en pesant la valeur des caractères de cette tumeur, sa forme, sa mollesse et sa marche rapide, on se reporta à l'idée d'une production cancéreuse. Or, depuis l'entrée de la malade à l'hôpital, l'affection n'a pas cessé de suivre une marche progressive et continue. Les douleurs deviennent de plus en plus vives, les accès plus fréquents et presque continus, l'appétit très irrégulier et à la fin à peu près nul, les vomissements très fréquents. Dans les dernières semaines, la malade ne pouvait rien supporter dans son estomac et pourtant elle ne vomissait pas. Les digestions étaient très longues et très pénibles. Il y eut d'abord une grande diarrhée à laquelle succéda une constipation opiniâtre, qui dura jusqu'à la mort. L'émaciation était extrême et les forces complétement épuisées. La tumeur acquit un volume considé-

Digitized by Google

rable ; quelques jours avant la mort, le ventre présentait, dans son point le plus saillant, une circonférence de quatre-vingts centimètres. Les poumons étaient fortement comprimés par la tumeur qui avait considérablement dilaté la base de la poitrine et refoulé le foie jusqu'au deuxième espace intercostal. Dans les quinze derniers jours, la malade était dans un marasme complet et la mort arriva le 22 novembre 1857.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoula environ 150 grammes de sérosité transparente. Toute la cavité abdominale est occupée par une tumeur énorme, ovoïde, plongeant en bas dans le bassin, et se perdant en haut dans l'hypochondre droit et l'épigastre, sous le foie qu'elle avait fortement refoulé vers la poitrine. Cette tumeur est lisse à sa surface, recouverte par le péritoine, mais elle présente un grand nombre de bosselures mamelonnées et de grosseur variable. Plusieurs d'entre elles sont le siége d'une fluctuation manifeste. Quelques-unes de ces bosselures ont des parois tellement minces, qu'elles semblent réduites à la séreuse seulement et laissent voir, par transparence, le liquide séreux qu'elles renferment. L'extrémité inférieure de la tumeur présente un léger étranglement, et se perd dans le ligament large droit et dans le tissu cellulaire utéro-vésical ; le reste est presque complétement libre et ne présente que quelques filaments cellulo-fibreux qui vont de sa surface extérieure aux parois abdominales ou au mésentère. Presque toute la masse intestinale est refoulée à gauche ; la fin de l'intestin grêle, le cæcum et le côlon transverse sont placés derrière la tumeur ; mais ces organes ne sont pas comprimés au point d'intercepter le cours des matières. L'utérus et le vagin sont complétement sains ; le ligament large gauche et l'ovaire du même côté ne présentent également aucune altération. Le ligament large droit a, pour ainsi dire, disparu, refoulé, distendu par la tumeur. Au premier abord, on peut croire que l'ovaire a disparu ; mais en examinant plus attentivement, on le trouve plaqué en quelque sorte en arrière et un peu en dehors de la masse morbide.

Cette tumeur pèse près de 10 kilogrammes. Quelques-unes des petites bosselures qui font saillie à la surface de la masse principale sont ponctionnées avec la pointe d'un bistouri, et il s'en écoule un liquide clair, limpide et transparent. L'intérieur de ces cavités présente une surface lisse, unie, comme les cavités séreuses. La plupart communiquent avec d'autres cavités voisines par des orifices plus ou moins rétrécis et formant, par leur réunion, comme les cellules d'une éponge.

La tumeur est fendue en deux parties par une section verticale. A la coupe, sa consistance rappelle un peu celle d'une tumeur squirrheuse et les deux surfaces de la section offrent une coloration marbrée de blanc, de jaune et de brun. De plus, on retrouve, surtout à la partie inférieure, un très grand nombre de petites cavités dont quelques-unes pénètrent jusqu'au centre de la tumeur, et qui communiquent toutes les unes avec les autres ; disposition singulière et qui rappelle tout à fait la disposition aréolaire et celluleuse d'une éponge. Le liquide contenu dans ces cavités ressemble à celui dont nous avons déjà parlé.

Dans le mésentère, dans différents points des parois abdominales et particulièrement à la voûte diaphragmatique, on trouve un assez grand nombre de petites tumeurs globuleuses de volume variable, mais dont les plus grosses ne dépassent pas le volume d'une grosse noix. Ces tumeurs présentent à la coupe un tissu blanc homogène et un peu moins dur que la grosse tumeur.

On trouve aussi dans le médiastin antérieur une tumeur qui présente tout à fait les mêmes caractères, mais qui est plus volumineuse.

Cette tumeur, à la coupe, ne laisse pas suinter de suc caractéristique ; elle est dure par places, blanchâtre, fibreuse. Elle n'offre pas la consistance et l'apparence du tissu colloïde,

Digitized by Google

mais elle rappelle bien plutôt les tumeurs fibreuses, volumineuses et un peu ramollies. Le microscope est venu confirmer cette opinion, partagée par M. Cruveilhier et les membres présents à la Société anatomique, quand la pièce y a été apportée.

B. — *Tumeurs dures.*

Parmi ces tumeurs, les unes ont pour point de départ l'utérus, d'autres au contraire l'ovaire lui-même. Ce serait sortir trop de mon sujet que de faire l'histoire des tumeurs fibreuses de l'utérus. Quelques-unes cependant peuvent être pédiculées ou libres dans la cavité abdominale et simuler un kyste ovarique. Nous essayerons plus tard de donner les caractères qui permettent de bien établir le diagnostic de ces diverses tumeurs (1).

Quant aux productions qui peuvent avoir l'ovaire pour siége, elles sont assez rares, et c'est surtout dans ces circonstances que le diagnostic est parfois intéressant (2).

C. — *Tumeurs mixtes.*

J'ai déjà appelé l'attention sur ces tumeurs, en parlant des kystes composés de l'ovaire; mais alors, le kyste constitue l'affection principale. Il est au contraire d'autres tumeurs dans lesquelles le kyste n'est qu'un épiphénomène, une lésion sans importance, comparée à la lésion principale. Je rappelle ici un fait publié dans les *Bulletins de la Société anatomique* (1853), et qui a déjà été rapporté, dans cette monographie, en parlant des kystes des trompes.

D'autres fois, le kyste est très petit et la tumeur solide au contraire très volumineuse.

Il peut exister des kystes de l'ovaire en même temps que des tumeurs fibreuses des organes voisins, et notamment de l'utérus. Ces kystes se rapprochent sans doute cliniquement surtout des kystes ovariques composés, mais ils en diffèrent anatomiquement, en ce sens que les tumeurs solides sont parfaitement distinctes du kyste lui-même, avec lequel, parfois, elles n'ont même pas contracté d'adhérences. Il peut arriver aussi que l'existence de ces tumeurs passe inaperçue pendant la vie, aussi longtemps que le kyste est rempli de liquide.

(1) Voy. *Bulletins de la Société anatomique*, 1856, p. 455.
(2) Voy. *Ibid.*, 1851, p. 25, et 1853, p. 257, etc.

Digitized by Google

Dans un fait, entre autres, présenté par M. Simon à la Société anatomique (1853), on trouvait une série de corps fibreux occupant les diverses parties des parois de l'utérus et dont le volume variait depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'une tête d'enfant, et derrière toutes ces masses deux petits kystes de la grosseur d'une noix et contenant un liquide séreux. Les petits kystes avaient pour siége les deux ovaires et les trompes utérines.

Enfin, de même que les kystes ovariques peuvent donner lieu à un épanchement de liquide dans la cavité péritonéale, de même et plus souvent, les tumeurs peuvent être le point de départ d'une ascite plus ou moins circonscrite. Je me bornerai à rapporter deux observations. Dans la première, le diagnostic a pu être établi pendant la vie, la seconde a présenté des difficultés très sérieuses et a donné lieu à une injection d'alcool.

PREMIER FAIT. — *Corps fibreux de l'utérus. Ascite. Ponction.* (Service de M. le professeur Velpeau, salle Sainte-Catherine, 1852.) — Cette femme, âgée de cinquante ans, est maigre, pâle, ne semble pas d'une bonne constitution, et cependant elle dit s'être toujours bien portée. Elle a eu huit enfants, le dernier à l'âge de trente-neuf ans. Elle a été réglée à treize ans et très abondamment. Il y a huit ans, elle a eu des flueurs blanches, puis des pertes rouges considérables. Ces pertes ne faisaient d'abord que prolonger l'époque des règles, mais bientôt elles apparurent dans leur intervalle, et la malade s'aperçut même que des caillots tombaient du vagin.

En 1847, elle alla voir M. Gendrin qui diagnostiqua une *tumeur de l'ovaire*. Depuis un an, le ventre s'est gonflé, les membres inférieurs se sont œdématiés, mais la maladie a surtout fait des progrès depuis le mois d'août dernier.

État actuel. — Le ventre présente un grand développement ; la peau est tendue, luisante ; l'ombilic, au lieu d'être déprimé, fait un relief au-dessus des téguments de l'abdomen. Quelques veines, plus développées que dans l'état normal, rampent à la surface de la peau. La femme étant dans le décubitus dorsal, si l'on vient à percuter les différentes régions de l'abdomen, on trouve dans la région hypogastrique et sur la limite de cette région, une matité très prononcée. Cette matité se perçoit aussi très bien dans les flancs. En haut, vers l'ombilic et l'épigastre, il y a de la sonorité produite par la présence des intestins qui contiennent une certaine quantité de gaz.

Si l'on vient à palper le ventre, on trouve sur la ligne médiane une tumeur volumineuse de la grosseur d'une tête d'adulte ; tumeur adhérente à l'utérus, dure, élastique, présentant des bosselures nombreuses, d'une forme à peu près sphérique, peut-être un peu plus allongée de haut en bas que d'avant en arrière, pouvant assez bien se circonscrire. Cette tumeur est indolente ; elle ne gêne la malade que par son poids, son volume, la compression qu'elle exerce sur les organes voisins. On a manifestement affaire à un corps fibreux de l'utérus.

Il y a quelque trouble du côté des fonctions digestives ; inappétence, difficulté des digestions ; quelquefois des nausées, de la constipation.

Digitized by Google

La respiration est gênée, en raison du refoulement du diaphragme par la sérosité de l'ascite.

La marche est impossible ; la malade ne peut même se lever. En même temps, il y a un peu d'œdème aux membres inférieurs.

Faiblesse assez grande.

22 novembre : Paracentèse abdominale du côté gauche. Sortie d'une assez grande quantité de liquide séreux, légèrement jaunâtre, ne contenant ni sang ni pus. A mesure que le ventre se vide, la malade se sent soulagée, et en même temps on voit se dessiner dans la région hypogastrique une tumeur énorme, de la largeur de la main, bosselée et faisant une saillie considérable au-dessous des téguments. Emplâtre de diachylon sur l'endroit traversé par le trocart.

29 novembre : La malade sort de l'hôpital. Elle reviendra lorsqu'une nouvelle quantité de liquide dans l'abdomen nécessitera encore la ponction.

DEUXIÈME FAIT. — Une femme, entrée le 26 juin dans le service de M. Jobert, présentait une tumeur abdominale avec fluctuation dans l'abdomen. Le médecin qui l'avait envoyée, avait diagnostiqué un corps fibreux de l'utérus. Cette maladie avait débuté, il y a quinze ans, à la suite d'une couche. La tumeur faisait saillie dans le vagin, où elle donnait la sensation du ballottement. Le flot était appréciable sur la paroi abdominale antérieure. M. Jobert hésitait entre *une tumeur enkystée de l'ovaire* et une tumeur de l'utérus ayant déterminé une péritonite chronique. Cinq ou six jours après l'entrée de la malade, une ponction fut faite à la paroi de l'abdomen, une petite partie du liquide contenu évacuée, et 60 grammes d'alcool dans 1 litre d'eau injectés. Tout le liquide fut retiré au bout de dix minutes. Les premiers jours, la malade semblait aller assez bien, lorsqu'elle fut prise de vomissements, de diarrhée; des phlyctènes se montrèrent sur le ventre, et elle mourut le 7 juillet. — *A l'autopsie*, nous trouvâmes des traces de péritonite, et dans le côté droit, tout à fait en dehors de l'utérus, une tumeur pyriforme, pesant $3^{kil},500$, grosse comme un tête d'adulte et qui semblait tenir la place de l'ovaire absent. Cette tumeur était dure, de nature fibreuse et un peu ramollie en quelques points. Des adhérences s'étaient établies entre les feuillets du péritoine et avaient circonscrit l'épanchement.

Je ne veux pas m'arrêter plus longtemps sur quelques autres productions qui peuvent, quelquefois, simuler jusqu'à un certain point les kystes de l'ovaire, telles que les *tumeurs de la rate*, le *cancer des intestins*, la *grossesse*, *certains noyaux d'induration* résultant de phlegmons des ligaments larges. Ces tumeurs ne m'arrêteront pas longtemps quand j'aborderai le diagnostic différentiel des kystes de l'ovaire. L'indication, quelque concise qu'elle soit, des autres productions que je viens de passer en revue, me rendra bien plus facile la seconde partie de ce travail, et l'on verra, comme je l'ai déjà dit, que ce n'est pas sans raison que j'ai étudié succinctement les tumeurs qui peuvent simuler les kystes de l'ovaire.

Digitized by Google

DEUXIÈME PARTIE.

Histoire clinique des kystes de l'ovaire.

L'étude anatomo-pathologique des kystes de l'ovaire doit avoir son complément; aussi vais-je maintenant suivre ces tumeurs dans leur évolution, depuis leur origine jusqu'à leur terminaison. Je vais tâcher de tracer le plus complétement possible leurs signes, leur diagnostic et le traitement qu'elles réclament, en un mot leur *histoire clinique*. L'anatomie pathologique sera toujours notre guide dans cette étude. Elle nous a déjà fourni le tableau des altérations des kystes ovariques et des tumeurs qui peuvent les simuler; elle va nous servir d'appui pour suivre ces mêmes kystes dans leurs diverses manifestations; après les avoir étudiés sur le cadavre, nous allons les décrire sur le vivant. Ce second chapitre, étayé sur le premier, nous permettra de donner l'histoire complète des kystes ovariques, et de répondre à la question qui a été mise au concours.

J'ai déjà eu l'occasion de faire plusieurs emprunts aux discours des divers orateurs qui se sont succédé à la tribune de l'Académie, dans la discussion sur les kystes de l'ovaire. Mais comme cette discussion avait surtout pour but d'élucider la question du traitement de ces tumeurs, c'est principalement dans cette seconde partie de mon travail, que je puiserai à pleines mains dans les Bulletins de l'Académie. Cette discussion, je l'ai dit en commençant, a rendu ma tâche bien plus facile, et je n'aurai, pour ainsi dire, qu'à en faire la narration et à emprunter aux divers orateurs la part qu'ils ont apportée pour la solution de ce problème de thérapeutique. J'ai aussi consulté avec fruit le traité remarquable d'idiothérapie de M. Boinet, et qui a été souvent cité avec éloge dans la discussion académique.

Mais, pour arriver à tracer l'histoire clinique des kystes de l'ovaire, et surtout pour la tracer avec quelque clarté, je diviserai cette seconde partie de mon travail en un certain nombre de chapitres, savoir :

Chapitre I^er^. — *Caractères cliniques des kystes de l'ovaire* (symptômes, marche, durée, terminaison, complications).

Digitized by Google

CHAPITRE II. — *Caractères différentiels des kystes de l'ovaire* (diagnostic différentiel).

CHAPITRE III. — *Étiologie des kystes de l'ovaire.*

CHAPITRE IV. — *Pronostic et traitement.*

CHAPITRE V. — *Traitement des complications et de certains kystes composés et anormaux de l'ovaire.*

CHAPITRE Ier. — CARACTÈRES CLINIQUES DES KYSTES DE L'OVAIRE.

SYMPTÔMES. — MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISON. — COMPLICATIONS.

I. — *Symptômes.*

Les petits kystes de l'ovaire, les kystes en miniature, et dont j'ai rapporté quelques exemples, ces kystes que l'on rencontre chez les petites filles ou les femmes avancées en âge, ne donnent lieu pendant la vie à aucun symptôme appréciable. Peut-être, dans certains cas, ont-ils déterminé quelques phénomènes particuliers dans la menstruation, mais je ne puis ici invoquer aucune observation à l'appui de cette hypothèse. Les faits que j'ai rapportés n'offrent d'intérêt qu'au point de vue anatomo-pathologique, et les auteurs ne nous ont rien dit sur l'état des diverses fonctions pendant la vie. Il en est de ces petits kystes comme de ceux du ligament large, de l'organe de Rosenmüller et des franges du pavillon de la trompe.

D'autres kystes ovariques, qui ont déjà acquis un certain développement, le volume du poing, par exemple, peuvent aussi quelquefois passer inaperçus. Ils donnent lieu, dans ces circonstances, à des symptômes si peu tranchés, les malades y ont prêté si peu d'attention, que ce n'est qu'à l'autopsie qu'on en reconnaît l'existence. Ces faits s'observent surtout chez les femmes douées d'un embonpoint considérable. Cette épaisse couche de graisse, même dans les cas où l'attention a été éveillée du côté des organes génitaux, rend difficile l'exploration de la cavité abdominale.

Mais, d'un autre côté, chez la plupart des femmes, le kyste est à peine formé, il a acquis à peine le volume d'un gros œuf, que déjà il accuse

Digitized by Google

sa présence par des signes assez caractéristiques, que nous allons passer en revue.

Au début, les kystes ovariques sont assez souvent placés dans la cavité pelvienne ; *plus tard*, à mesure qu'ils prennent du développement, de même que l'utérus chargé du produit de la conception, ils remontent au-dessus du détroit supérieur du bassin et viennent occuper la cavité abdominale proprement dite. Certains kystes, il est vrai, naissent et s'accroissent d'emblée dans l'une des fosses iliaques, mais ce n'est pas le cas le plus ordinaire. Nous étudierons du reste les symptômes locaux de ces tumeurs et dans le petit bassin et dans la cavité abdominale, puis nous passerons aux symptômes déterminés par la compression des intestins, des vaisseaux, des nerfs, des organes voisins, etc.

§ I. — Symptômes locaux des kystes de l'ovaire, renfermés dans la cavité pelvienne.

Point de tumeur apparente du côté de l'abdomen ; point de *matité*, si la vessie est vide (nous parlerons plus loin de la compression de cet organe), au-dessus de la symphyse pubienne. Par la *palpation*, en déprimant fortement la paroi abdominale, la main rencontre, derrière la symphyse pubienne, une tumeur vaguement limitée et qui paraît molle et fluctuante. Le *toucher vaginal* fait aussi, et beaucoup mieux, reconnaître la présence de cette tumeur dans le petit bassin. Elle paraît aussi, sous le doigt, molle et fluctuante. Il faut faire grande attention à cette sensation de mollesse et de fluctuation. Les tumeurs, même les plus consistantes, peuvent donner lieu à ces mêmes phénomènes, quand on n'y prend pas garde. Ces tumeurs, en effet, soit à la palpation, soit au toucher, se laissent déprimer, fuient sous le doigt ou sous la main, et cette circonstance pourrait conduire à des erreurs de diagnostic. Il faut dans ce cas, autant qu'on le peut, combiner ces deux modes d'exploration. Une main appliquée sur l'hypogastre et déprimant fortement la paroi abdominale, comme si l'on voulait expulser la tumeur par la vulve; un ou deux doigts de l'autre main introduits dans le vagin; on appuie alternativement d'un côté sur la tumeur, par l'hypogastre ou par le vagin, pendant que la main ou les doigts sont immobiles de l'autre côté, et alors on peut assez ordinairement se mettre en garde contre les causes

Digitized by Google

d'erreur, et se rendre compte de la mollesse et de la fluctuation de la masse morbide.

Le kyste ovarique est mollasse, fluctuant, arrondi et facile à sentir aussi par le *toucher rectal*. L'utérus est refoulé en avant, derrière la symphyse pubienne, et en antéflexion (c'est sa position la plus ordinaire). Le vagin a conservé sa coloration normale.

C'est le plus souvent à cause de troubles apportés par cette tumeur dans la menstruation et dans la défécation, que l'on est porté à faire ces explorations et que l'on reconnaît les signes locaux que je viens d'indiquer. Nous étudierons tout à l'heure avec détail les désordres fonctionnels.

§ II. — Symptômes locaux des kystes de l'ovaire, situés au-dessus du détroit supérieur du bassin, dans la cavité abdominale.

Dans certains cas, surtout si la tumeur est peu volumineuse, il n'y a aucun signe extérieur appréciable, mais le plus souvent le ventre est augmenté de volume. Cette tuméfaction siége à la partie inférieure, vers le détroit supérieur du bassin, ou vers l'une des fosses iliaques. A travers les parois abdominales, surtout chez les femmes maigres, on voit alors une masse régulièrement circonscrite et faisant un relief bien appréciable au premier coup d'œil.

La *percussion* donne ici des signes précieux. On trouve de la matité commençant au niveau de l'arcade crurale et de la symphyse pubienne, et remontant plus ou moins haut, selon les dimensions de la tumeur. Vers la partie supérieure, et même vers la partie interne si la tumeur n'occupe qu'une des fosses iliaques, ou si par son développement elle n'a pas envahi toute la partie inférieure de la cavité abdominale, on rencontre de la sonorité, et l'on peut alors circonscrire, dessiner la masse morbide à travers les parois du ventre. La matité est bien limitée et elle existe presque toujours sur l'un des côtés de la ligne médiane, dans l'une des fosses iliaques. La tumeur est ordinairement arrondie, mais parfois elle semble formée de plusieurs poches, de plusieurs lobes rapprochés les uns des autres, et son contour est comme dentelé. Elle est parfois grosse comme un œuf, comme le poing; parfois aussi elle a le volume d'une tête de fœtus, d'une tête d'adulte, et même semble remplir toute la cavité abdominale. C'est à peine, dans ce dernier cas, si en

Digitized by Google

haut, vers l'épigastre et les deux hypochondres, et en arrière vers la face profonde des fausses côtes, on rencontre, en percutant, la sonorité des intestins.

Dans les diverses positions du tronc, la tumeur peut se déplacer, et, partant, la matité s'étendre davantage d'un côté ou de l'autre; mais toujours, dans ce cas, la masse est nettement circonscrite, et l'on n'observe pas ces variations dans les lignes de niveau du liquide et sur lesquelles insistait Valleix, pour le diagnostic de l'ascite. Les signes de l'une et de l'autre affection (hydropisie enkystée de l'ovaire, ascite) peuvent, il est vrai, dans des cas rares, exister sur la même malade. Nous reviendrons sur ce point, en traitant du diagnostic des kystes ovariques.

La *palpation* vient confirmer et corroborer les signes fournis par la percussion.

On sent une tumeur plus ou moins grosse, régulièrement circonscrite, arrondie, quelquefois bosselée, souvent indolente à la pression, mobile, ordinairement sous la paroi abdominale antérieure, et ayant son siége principal dans l'une des fosses iliaques. Dans certains cas, cependant, si la tumeur est volumineuse, on trouve par le palper qu'elle occupe toute la partie inférieure de la cavité du ventre. Mais, en y prenant garde, on observe le plus habituellement qu'elle est surtout développée à droite ou à gauche de la ligne médiane. Quand la tumeur est encore peu développée, si l'on cherche à l'écarter de sa position, on constate d'abord sa mobilité, mais on sent aussi qu'elle est fixée par un pédicule plus ou moins lâche. Elle est en général bien tendue, et il est très rare de la trouver flasque comme une vessie à moitié pleine de liquide(kystes flasques). Elle est molle, dépressible, fluctuante.

La *fluctuation* présente des caractères importants. On peut la percevoir de plusieurs manières, suivant le volume du kyste. Quand il est petit, on sent la fluctuation en le pressant à l'aide des deux mains vers la face profonde de la cavité abdominale, de façon à le fixer, et en appuyant alternativement avec l'une pendant que l'autre est immobile. C'est du reste le mode d'exploration employé pour toutes les tumeurs dans quelque région qu'elles soient placées, quand on veut rechercher si elles sont ou non fluctuantes. Si le kyste est volumineux, la fluctuation est nette, franche, facile à percevoir; quand on percute légèrement

Digitized by Google

le kyste, quand on donne, en un mot, une chiquenaude sur un point et qu'on examine un peu de profil la paroi antérieure du ventre, il n'est pas rare de voir se dessiner des ondulations. Si une main est appliquée sur le point opposé, elle éprouve cette sensation caractéristique, si bien désignée sous le nom de *flot du liquide*.

Dans certains cas, la tumeur paraît franchement fluctuante, mais ces chiquenaudes ne déterminent ni ondulation, ni flot du liquide. Une percussion même assez forte ne provoque pas non plus cet ébranlement du liquide contenu dans la poche, ou bien le flot, l'ondulation ne retentissent que dans une partie de la tumeur. Ainsi, en frappant sur un des côtés du kyste, la main appliquée sur le point opposé ne ressent aucune secousse ; si au contraire elle est placée sur un point plus rapproché de l'endroit où se fait la percussion, elle perçoit très bien cette sensation de choc, d'ébranlement d'une masse liquide.

Dans certains cas encore, la fluctuation *directe* par la pression alternative des mains, est perçue quand les mains sont assez rapprochées, et cesse de l'être quand elles sont appliquées sur deux points de la masse diamétralement opposés; l'ondulation, la fluctuation sont en quelque sorte *cloisonnées*.

Ces signes sont importants, et nous verrons plus tard qu'ils sont d'un grand secours, quand on veut établir le diagnostic des diverses variétés des kystes ovariques.

La paroi abdominale antérieure est quelquefois tendue, comme elle fait dans les grossesses des primipares; d'autres fois, elle est flasque et très mobile ; elle conserve sa coloration normale, à part quelques réseaux veineux plus ou moins marqués dont nous parlerons plus loin.

Le *toucher vaginal* et *rectal* accuse des symptômes variables, suivant que la tumeur est encore, en partie du moins, enfoncée dans l'excavation pelvienne, ou située tout entière dans la cavité abdominale proprement dite.

Dans le premier cas, on sent par le vagin, derrière l'utérus, une tumeur arrondie engagée entre cet organe et le rectum. Le toucher rectal fait aussi reconnaître la présence de cette tumeur ; mais comme l'exploration par le vagin et la paroi abdominale antérieure suffit pour bien apprécier les divers caractères du kyste, on a assez rarement recours au toucher par le rectum. Cependant, chez les jeunes filles, le toucher

Digitized by Google

rectal doit être préféré au toucher vaginal. J'ai plusieurs fois comparé ces deux modes d'exploration, et ils m'ont donné, dans presque tous les cas, les mêmes résultats. C'est ainsi qu'on peut faire proéminer davantage la tumeur dans le petit bassin, en appuyant sur la paroi abdominale, et réciproquement, et sentir la fluctuation dans la cavité pelvienne ou à la paroi antérieure du ventre.

Cette exploration n'est pas aussi insignifiante qu'on pourrait le croire tout d'abord, car il est important de savoir, surtout quand le kyste proémine à peine au-dessus du détroit supérieur du bassin, si la tumeur est ou non fixée derrière l'utérus, dans le petit bassin. Ce signe peut aider à différencier les kystes ovariques des kystes tubaires ou colloïdes, etc.

L'utérus est habituellement plus ou moins abaissé ou refoulé vers la symphyse pubienne. Dans certains cas, on a observé un prolapsus utérin. M. Grisolle a observé une fois une hernie vaginale; mais on voit aussi parfois l'utérus fortement attiré par le kyste (fait de M. Cruveilhier, cité plus haut), et le doigt peut à peine atteindre le col utérin.

A ces signes fournis par la palpation, la percussion, le toucher vaginal ou rectal, viennent s'ajouter beaucoup d'autres syptômes non moins importants, tirés de l'examen des fonctions des organes génitaux, de l'examen des organes voisins, de l'examen de la santé générale.

§ III. — Symptômes fonctionnels.

Quand le kyste ovarique existe chez une fille encore jeune ou chez une femme qui a passé l'âge de la ménopause, il n'a aucun retentissement important sur la menstruation et la fécondation. Mais à l'époque de la puberté et dans l'âge adulte, ces deux fonctions peuvent éprouver des désordres importants et fâcheux. La fécondation peut avoir lieu sans doute, surtout si l'un des ovaires est sain et que les trompes n'aient subi aucune altération; mais elle est souvent entravée, et souvent aussi la grossesse ne suit pas ses périodes régulières. Je reviendrai plus loin sur ce fait, dans un court chapitre consacré aux complications des kystes ovariques.

Quant à la menstruation, parfois elle est régulière, mais le plus souvent elle est ou plus abondante, ou tout à fait insignifiante, dans cer-

Digitized by Google

tains cas, suivie de véritables pertes, qui affaiblissent encore davantage les malades, dans d'autres cas, précédée ou suivie d'un écoulement leucorrhéique abondant. Il n'est même pas rare de trouver un kyste ovarique chez des femmes qui n'en soupçonnaient pas l'existence et qui consultaient le médecin pour l'écoulement dont je viens de parler. Chez quelques femmes, tant que le kyste reste stationnaire, la menstruation est régulière; vient-il à se développer, la menstruation s'arrête ou devient insignifiante. Il existe une influence réciproque entre les kystes ovariques et la menstruation, et cette influence est surtout importante au point de vue du développement de la tumeur et de son pronostic.

§ IV. — Symptômes de voisinage.

Considéré au point de vue de ses rapports avec les organes voisins, le kyste ovarique donne lieu à un grand nombre de signes très variés, suivant son volume, son siége, suivant qu'il est encore complétement retenu dans la cavité pelvienne, ou renfermé dans la cavité abdominale, suivant que la paroi antérieure du ventre est souple, flasque, mollasse ou ferme, tendue, résistante. Tous les symptômes qui vont nous occuper sont dus à la compression exercée par la tumeur sur les organes qui l'entourent ou la touchent plus ou moins directement; et cette compression, on le comprend, variera suivant les circonstances que je viens d'indiquer. La paroi abdominale est-elle souple, a-t-elle été déjà distendue et préparée pour ainsi dire à ce gonflement par des grossesses antérieures? le kyste comprimera médiocrement les organes abdominaux. Le kyste est-il dans la cavité pelvienne, a-t-il envahi l'ovaire droit ou l'ovaire gauche? c'est le rectum, c'est l'S iliaque du côlon qui seront soumis à l'influence de son voisinage; et comme ces portions du gros intestin sont retenues dans leur position par des adhérences plus intimes que le cæcum, la compression de l'intestin sera plus à craindre dans le cas où l'altération aura pour origine l'ovaire gauche ou le petit bassin. Mais laissons là les généralités. Ces variations dans la symptomatologie des kystes ovariques sont faciles à comprendre, leur cause facile à saisir, et ces phénomènes se reproduisent toutes les fois qu'il s'agit d'une tumeur ovarique, quelle qu'elle soit, voire même pour un grand nombre de tumeurs abdominales. Aussi passerons-nous rapidement en

Digitized by Google

revue les phénomènes dus à la compression des vaisseaux, des nerfs, des intestins et de la vessie.

La *compression des vaisseaux* donne lieu à plusieurs ordres de symptômes. Chez certaines malades, chez les jeunes femmes ou les jeunes filles dont la paroi abdominale est résistante, ou quand la tumeur est volumineuse, on voit se dessiner sous la peau, et dans la peau même, un grand nombre de vaisseaux qui forment des réseaux bleuâtres, violacés, plus ou moins riches; mais encore, dans ces circonstances, faut-il que la compression ait été déjà portée assez loin sur les vaisseaux intra-abdominaux. Ces réseaux constituent en effet une circulation supplémentaire, venant au secours de la circulation générale. Ce signe a une certaine importance au point de vue du pronostic.

On a vu, dans quelques cas, survenir un œdème des grandes et des petites lèvres, un œdème de la vulve, en un mot; non pas l'œdème qui se manifeste dans cette région à la suite de l'œdème des membres abdominaux, et qui est pour la femme ce que l'œdème du scrotum est pour l'homme, mais bien l'œdème partiel des grandes lèvres. Ce fait est rare, mais il a été observé et noté plusieurs fois, et cette tuméfaction coïncidait avec la présence d'une tumeur enchâssée dans l'excavation pelvienne. Ce symptôme est commun aux kystes ovariques et à toutes les tumeurs renfermées dans le petit bassin.

La compression de vaisseaux plus importants (les artères et veines hypogastriques, les artères et veines iliaques, la veine porte et ses divisions) donne lieu à des symptômes bien connus : l'œdème des membres inférieurs, de la vulve, des parois abdominales, etc., et quelquefois à une ascite (observation de M. Cruveilhier). Cette compression arrive plus ou moins vite, suivant les circonstances que j'ai indiquées en commençant ce chapitre. De même que l'on voit bon nombre de grossesses suivre leur cours sans être accompagnées d'œdème ou de varices des membres abdominaux, de même il n'est pas rare de voir des kystes, même très volumineux, et qui ne déterminent aucun de ces accidents pendant tout le cours de la maladie. Dans quelques circonstances, ces symptômes, après s'être montrés à une certaine période de la maladie, disparaissent complétement. Quant à l'ascite, consécutive à une gêne de la circulation abdominale, elle constitue une complication très rare.

Digitized by Google

On a observé quelquefois chez les malades des douleurs plus ou moins vives dans la cavité pelvienne, en s'irradiant, suivant le trajet des plexus lombaires et sacrés, résultant de la *compression* déterminée par le kyste *sur les nerfs* du voisinage ; mais ces douleurs se réduisent le plus souvent à une gêne apportée par la présence et le poids de la tumeur dans les mouvements, la station verticale et la marche.

Bien plus fréquemment, ces kystes ovariques *compriment l'intestin*, la *vessie*, et deviennent le point de départ de troubles plus ou moins importants dans la nutrition, la défécation et la miction.

La *compression de la vessie* donne lieu à des envies fréquentes d'uriner, et même à des *ardeurs* plus ou moins vives au moment de l'émission des urines. D'autres fois elle produit une rétention d'urine et ses conséquences. La compression des *uretères* pourrait provoquer des signes de colique néphrétique, mais je n'ai pas trouvé dans les auteurs de faits à l'appui de cette simple assertion, et dans le cas bien curieux que j'ai relaté dans la première partie de ce travail (rupture du kyste dans l'uretère), ces accidents ne s'étaient jamais rencontrés.

Il ne faut, en aucune circonstance, négliger de rechercher l'état de la vessie, surtout au moment où l'on aura décidé de pratiquer une opération pour la cure radicale ou palliative de ces tumeurs, afin d'éviter de blesser cet organe, s'il était rempli de liquide et placé au-devant du kyste.

Les effets de la *compression des intestins* ont été étudiés par les auteurs à propos des tumeurs abdominales. Comme dans celles-ci, les phénomènes provoqués par la présence d'un kyste ovarique sont variables : une constipation souvent opiniâtre et habituelle, des alternatives de constipation et de diarrhée. L'intestin grêle, refoulé en haut vers l'excavation du diaphragme, se remplit de gaz, se gonfle; le ventre est souvent ballonné, surtout quand le kyste est volumineux ou placé dans l'excavation pelvienne. Il éprouve rarement, à moins que des adhérences anormales ne le tiennent fixé à la tumeur, la compression à laquelle est plutôt soumis le gros intestin. Cette compression peut quelquefois être assez forte pour déterminer une occlusion intestinale. M. Cruveilhier a rapporté, dans son ouvrage, un exemple d'un semblable accident (1).

(1) *Traité d'anatomie pathologique générale*, t. III, p. 412.

Digitized by Google

Cette compression produit dans certains cas, outre cet arrêt des matières fécales, des *adhérences* et des *ruptures* des kystes dans les diverses portions de l'intestin.

Aux signes précédents viennent s'ajouter alors les signes fournis par cet état pathologique : écoulement par l'anus d'une quantité plus ou moins considérable d'un liquide qui peut fournir des indications précieuses pour le diagnostic, affaissement de la tumeur, etc.

Cet écoulement de liquide à l'extérieur peut se faire aussi par d'autres voies :

Par le vagin. J'en ai rapporté un exemple. Ce symptôme est suivi d'un affaissement plus ou moins considérable de la tumeur, et exige une exploration attentive. Il est assez important de tâcher de reconnaître si le liquide s'échappe par le vagin ou par le col utérin ; si une pression modérée de la tumeur augmente cet écoulement, si cet écoulement est continu ou s'il se montre seulement de temps en temps.

Par la vessie. Je ne connais qu'un seul fait dans lequel on ait observé cette complication, et je l'ai rapporté plus haut.

§ V. — Symptômes généraux.

Au début, il arrive assez fréquemment que la présence d'un kyste ovarique passe inaperçue. C'est assez dire que, dans ces cas, cette tumeur a bien peu d'influence sur la santé générale. Cependant ces kystes, surtout quand, par leur volume, ils envahissent presque toute la cavité abdominale et refoulent les intestins dans un petit espace, à l'épigastre ou dans les hypochondres ; ces kystes, dis-je, par leur siége et les signes de compression qu'ils provoquent, ont un retentissement important dans l'accomplissement des grandes fonctions de la vie, et, partant, sur la santé en général. Ils peuvent souvent acquérir un volume assez considérable sans altérer profondément la santé, mais souvent aussi ils donnent lieu à des symptômes alarmants.

Nous avons déjà vu que ces kystes peuvent déterminer la compression des vaisseaux placés dans le voisinage ; ils gênent aussi par leur volume, par l'obstacle qu'ils apportent aux mouvements du diaphragme et les épanchements séreux dont ils sont le point de départ, les *phénomènes de la circulation.* Il est assez fréquent de trouver chez les malades qui

Digitized by Google

présentent ces tumeurs enkystées, des palpitations, des tendances à la syncope, un pouls fréquent et petit, et de la congestion aux extrémités supérieures et inférieures.

Les *digestions* sont pénibles et longues; les intestins se gonflent; on observe de la dyspepsie, l'anorexie, souvent une soif vive, etc.; la langue rouge et sèche, des douleurs épigastriques, etc.

La *respiration*, surtout quand le kyste est volumineux, est difficile; les muscles inspirateurs se contractent violemment, il existe une dyspnée très grande, augmentant surtout après l'ingestion des aliments ou des boissons. Parfois, principalement dans les derniers temps de la vie, le poumon se congestionne, et même il se fait dans les plèvres un véritable hydrothorax.

Comme on le voit, tous ces signes tirés de la circulation, de la respiration, de la digestion, se tiennent et s'enchaînent les uns aux autres. Le système nerveux cérébro-spinal, notamment le cerveau, jouit le plus longtemps d'une certaine immunité, et les malades conservent jusqu'aux derniers moments une intelligence lucide.

Des troubles apportés dans les grandes fonctions (digestion, circulation, respiration) résulte une *émaciation* qui va en augmentant à mesure que le kyste se développe. Les extrémités inférieures, quand elles ne sont pas le siége d'un gonflement œdémateux, les bras, la face maigrissent, leurs éléments de nutrition étant absorbés par la tumeur enkystée de l'ovaire, les traits de la figure sont tirés, et les femmes vieillissent avant l'âge.

En général, point ou peu de *fièvre;* quelquefois un état fébrile peu marqué vers le soir, quand la tumeur est volumineuse. S'il survient des symptômes généraux plus prononcés, c'est que le kyste est le siége d'un travail phlegmasique.

Dans ces cas, on remarque une fièvre continue, lente, une prostration plus ou moins grande, des frissons revenant à des intervalles irréguliers, plus ou moins intenses, et se manifestant principalement vers le soir; un amaigrissement rapide. A ces symptômes viennent s'ajouter une tension plus grande du kyste et de la paroi abdominale antérieure, des douleurs dans le ventre et dans la tumeur s'exaspérant par la pression, une perte complète d'appétit, souvent des vomissements, plus souvent encore de la diarrhée, etc.

Digitized by Google

Si l'art n'intervient pas, si ce travail phlegmasique n'emporte pas rapidement la malade, divers accidents peuvent se présenter. La tumeur ulcère les parties voisines et se fait jour à l'extérieur, soit par le canal intestinal, soit par l'uretère, par le vagin, par la paroi abdominale, ou bien la fièvre continue, les symptômes généraux marchent en augmentant, et les malades succombent en quelques semaines, ou en quelques mois, au marasme, à l'épuisement, à la fièvre hectique.

Dans le premier cas, il se fait par l'anus, ou par la vulve, ou par l'urèthre, un écoulement plus ou moins abondant, séro-purulent ou purulent, et la tumeur s'affaisse pour se remplir de nouveau, jusqu'à ce que les malades succombent à une intoxication putride. Boyer a parlé de kystes ovariques ouverts par la paroi abdominale, mais ses observations se rapportent surtout à des kystes fectaux.

Si le kyste est *hématique*, les signes particuliers auxquels il peut donner lieu sont fort obscurs. Dans les hématocèles, il y a en général, comme symptômes caractéristiques, une grande rapidité dans le mode de développement au début; ou bien, si un kyste séreux devient hématique, il y a encore un accroissement brusque et très prononcé; mais je n'ai pas trouvé d'observation de kystes hématiques de l'ovaire qui aient offert dans leur évolution ces signes caractéristiques, et je ne connais pas de symptômes propres à cette variété de tumeurs, de signes caractéristiques, pathognomoniques.

II. — *Complications.*

Si un kyste de l'ovaire existe en même temps qu'*une tumeur dans le voisinage*, ou s'il se rencontre dans ses parois des masses plus ou moins dures, aréolaires, fibreuses, encéphaloïdes, etc. (comme j'en ai rapporté des exemples), aux signes précédents viennent encore s'ajouter d'autres symptômes; des bosselures irrégulières, plus ou moins nombreuses, plus ou moins dures, plus ou moins mobiles, à côté de bosselures fluctuantes, etc. Ces bosselures sont accessibles soit par le toucher vaginal, soit par le toucher rectal, soit par la palpation directe, à travers la paroi abdominale antérieure.

Mais il est une complication des tumeurs enkystées de l'ovaire et qui doit nous arrêter un instant; je veux parler de la *grossesse*. Quand la

Digitized by Google

tumeur ovarique existe depuis fort longtemps, le diagnostic est déjà établi, au moment où survient la grossesse. Les signes de celle-ci peuvent passer inaperçus pendant un certain temps, mais à une période plus avancée, les mouvements de l'enfant, les bruits du cœur, le souffle utéro-placentaire, sont autant de symptômes caractéristiques qui viennent s'ajouter à ceux de la tumeur préexistante.

Si la tumeur ovarique a passé inaperçue, les symptômes qui lui sont propres viennent se confondre avec ceux de la grossesse, et il est parfois assez difficile de les séparer, de les grouper et d'arriver à un diagnostic certain. On trouvera plus loin une observation de M. Barth, dans laquelle on a méconnu l'existence d'une grossesse. Or, tout le monde connaît le soin que M. Barth applique à l'examen de ses malades, la rigueur qu'il apporte dans l'appréciation des signes qu'il observe. C'est toujours une bonne fortune pour les membres de la Société anatomique qu'une communication de ce savant médecin et qu'une discussion, faite par lui, sur le diagnostic d'une maladie. — Les femmes ont quelquefois intérêt à cacher leur grossesse et à dissimuler les signes qui lui sont propres. Aussi, dans certains cas, faut-il étudier et discuter avec le plus grand soin les symptômes d'une tumeur abdominale, et parfois attendre plusieurs mois avant de se prononcer d'une manière absolue.

Je puis ici, et sans anticiper sur le diagnostic, citer très brièvement quelques faits que j'ai observés jusqu'à présent; ils viendront corroborer encore ce que je viens de dire sur la nécessité d'attendre souvent avant de se prononcer sur la nature d'une tumeur ovarique.

En 1849, une femme entre dans un des hôpitaux de Paris; elle avait dans l'abdomen une tumeur grosse comme la tête d'un adulte à peu près, globuleuse et légèrement inclinée vers l'une des fosses iliaques. *A priori*, cette tumeur avait tous les caractères d'une grossesse arrivée au sixième mois. Mais la femme affirmait que cette tumeur existait depuis plus d'un an, que les règles étaient régulières, etc. *On ne pratique pas l'auscultation.* Ponction. Il sort à peine quelques cuillerées d'un liquide albumineux. Le lendemain, fausse-couche. L'enfant avait reçu un coup de trocart dans la fesse. La femme guérit.

En 1851, une jeune fille vint me consulter. Elle présentait vers l'hypogastre tous les signes d'une tumeur semblable à la précédente, globuleuse, régulière, dépassant de quelques travers de doigt la symphyse pubienne. La jeune fille m'affirmait que les règles étaient régulières, qu'*il n'y avait eu aucun rapprochement sexuel.* Après quelque résistance, je pratiquai le toucher avec précaution. L'état du vagin m'indiquait que la jeune fille m'avait trompé, et, après une auscultation très attentive, je n'eus plus de doute. — La mère et l'enfant sont en parfaite santé.

Je tiens d'un médecin de mes amis le fait suivant :

Digitized by Google

Une jeune femme avait une tumeur volumineuse de l'abdomen. Le diagnostic de plusieurs médecins très bien placés, fut un kyste ovarique. Le développement du ventre nécessitait une ponction. Le jour fut pris pour la pratiquer. La veille, la mère donnait naissance à une petite fille, âgée de plus de vingt ans maintenant.

Les *kystes fœtaux*, c'est-à-dire les tumeurs ovariques qui renferment des poils ou des débris de fœtus, ont quelques signes particuliers. Ils peuvent se développer à un âge peu avancé. Ils ont parfois offert tous les signes d'une grossesse, mais ils ont persisté au delà du temps normal de la parturition; ils sont peu mobiles, ils présentent sous le doigt des bosselures inégales, dures par places, molles dans d'autres endroits. Ils se développent lentement, ils tendent à contracter des adhérences avec la paroi abdominale, et à se faire jour à l'extérieur bien plus que les autres tumeurs enkystées de l'ovaire.

J'aurai à rappeler de nouveau ces diverses tumeurs à propos du diagnostic et du traitement.

Les kystes ovariques peuvent aussi donner lieu à d'autres symptômes sous l'influence de diverses complications. Une tumeur semblable peut s'enflammer (j'ai déjà indiqué les signes qui annoncent cet état phlegmasique), mais l'inflammation peut marcher rapidement et déterminer une *rupture*. Cet accident peut aussi se présenter spontanément sans que ce kyste ait été le siége d'aucune inflammation. Les signes de la tumeur disparaissent alors, pour ainsi dire, et ceux de la péritonite absorbent toute l'attention du médecin : douleur, vomissements, face grippée, etc. La tumeur elle-même, dans ces cas, est aplatie, affaissée.

Dans d'autres circonstances, aux signes d'une inflammation violente (frisson, fièvre, vomissements, etc.), s'ajoutent des symptômes locaux très importants. La douleur, vive à la pression, est surtout marquée quand on appuie sur la tumeur; elle est moins vive, moins intense dans le reste de la cavité abdominale. Le kyste est tendu, l'abdomen est assez souple dans le voisinage. Ces symptômes annoncent, en général, une *inflammation violente*, parfois une *inflammation gangréneuse* des parois de la poche ovarique.

Digitized by Google

III. — *Marche.*

La marche de ces tumeurs est variable. D'une manière générale, on peut dire qu'une fois développés, les kystes ovariques tendent sans cesse à augmenter de volume, mais cet accroissement se fait plus ou moins promptement.

La marche de ces tumeurs, comme l'ont très bien fait remarquer MM. Huguier et Robert (1), est rapide dans l'âge adulte; plus lente vers la ménopause, plus lente encore après l'âge critique. On voit quelquefois ces kystes rester stationnaires chez les vieilles femmes, pendant dix, quinze, vingt ans et même davantage.

Ces tumeurs ovariques sont souvent influencées par le molimen menstruel; on voit chez quelques femmes ces kystes prendre subitement et chaque mois une extension rapide, et puis rester stationnaires jusqu'à une nouvelle époque de menstruation.

La grossesse retarde leur évolution, mais ces kystes reprennent, en général, un nouvel essor, dans leur développement, après l'accouchement. M. Bretonneau a quelquefois conseillé une grossesse pour tâcher d'arrêter la marche de ces tumeurs; mais, ainsi que l'a bien établi M. Cazeaux dans la discussion académique, ces tumeurs peuvent présenter de telles difficultés pour la délivrance, qu'il n'est pas prudent de donner de pareils avis.

La marche de ces tumeurs offre encore d'autres particularités. Chez quelques femmes, elles ont un accroissement uniforme; chez la plupart des malades, après avoir acquis un certain développement, elles semblent rester stationnaires et grossissent lentement. Chez les femmes qui ont déjà eu un ou plusieurs accouchements, les parois abdominales offrent moins de résistance à une distension considérable, et la tumeur se développe plus rapidement. Dans les circonstances opposées, le kyste marche plus lentement dans son évolution.

Dans les kystes multiloculaires, il est assez fréquent de voir une poche acquérir un volume assez considérable, tandis que les poches voisines restent, pour ainsi dire, à l'état embryonnaire ; mais que la première soit vidée, les autres se développent à leur tour.

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXII, p. 103, 125.

Digitized by Google

Quand il existe deux kystes ovariques occupant les deux ovaires, il est assez fréquent de trouver un égal développement pour l'une et l'autre tumeur.

Enfin, on observe des tumeurs ovariennes dont la marche est si lente, qu'elles semblent rester, durant toute la vie, à l'état rudimentaire. Tels sont les kystes multiples, dont j'ai rapporté quelques exemples dans la première partie de ce travail, et que M. Cruveilhier a fréquemment rencontrés chez les vieilles femmes de la Salpêtrière.

IV. — *Durée.*

La durée des kystes ovariques, comme leur marche, est très variable. Avec un kyste d'un petit volume, une femme peut jouir de tous les attributs d'une bonne santé pendant un temps assez long. C'est ainsi que M. Moreau rapporte avoir vu des femmes atteintes de kystes ovariques pendant quinze ou vingt ans, sans que ces tumeurs aient donné lieu à de sérieux accidents.

Certains kystes cessent de croître, et M. Gimelle a pu réunir sept cas de tumeurs semblables, datant de douze, dix-huit, dix-neuf, vingt-deux ans et plus.

Mais telle n'est pas la durée ordinaire des kystes de l'ovaire. M. Cazeaux a très bien résumé les opinions des auteurs sur ce sujet.

Suivant M. Velpeau, cette maladie, abandonnée à elle-même, dure en moyenne cinq à huit ans.

La statistique du docteur Lee n'est pas plus rassurante. Sur un certain nombre de cas, la mort arriverait dans les proportions suivantes :

26 pour 100 des malades dans la première année ;
19 pour 100 en deux ans ;
13 pour 100 en trois ans ;
8 pour 100 en quatre ans ;
23 pour 100 en cinq ans.

Sur 123 femmes, atteintes de kystes ovariques, 63 moururent dans les deux premières années de la maladie ; 60 survécurent quatre ans (1).

(1) Comparez W. Scanzoni, *Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme.* Paris, 1858, p. 359.

Digitized by Google

M. Cazeaux, en prenant pour date l'époque où la tumeur avait déjà un volume appréciable, a réuni 31 observations; sept de ces femmes vécurent plus de dix ans; les autres succombèrent en deux ans, deux ans et demi au plus.

Corbin donne, comme moyenne de la vie, douze ans. Je connais une jeune dame qui porte un kyste de l'ovaire depuis six ans, et chez laquelle la mort semble arriver à grands pas. Je n'oserais pas prédire que cette malheureuse pourra survivre deux ans encore. Le kyste est énorme et rempli d'un liquide gélatineux.

Je n'ai pas besoin de répéter ici ce que j'ai dit de la différence que ces tumeurs peuvent présenter dans leur marche, suivant qu'on les observe chez des femmes jeunes encore, ou chez des malades qui ont passé l'époque de la ménopause; et il est évident que plus leur évolution sera lente, plus la durée de ces tumeurs sera longue; elle pourra même être indéterminée.

En somme, si pour quelques malades, surtout pour les personnes âgées, le kyste peut avoir une longue durée, si MM. Moreau et Gimelle et beaucoup d'autres ont pu voir des femmes vivre, sans accidents, pendant plus de vingt ans, on peut dire, d'une manière générale, avec MM. Velpeau, Cazeaux, Robert, etc., que les tumeurs enkystées de l'ovaire ont une durée qui ne dépasse guère cinq à huit ans, pour les femmes encore jeunes surtout.

V. — *Terminaison.*

Presque tous les kystes de l'ovaire, abandonnés à eux-mêmes, ont donc une terminaison fatale et malheureusement trop prompte. Quelques-uns restent stationnaires ; quelques-uns même semblent diminuer de volume, s'atrophier (Cruveilhier) en vieillissant; mais ce sont de rares, très rares exceptions. Jetons un coup d'œil rapide sur les divers modes de terminaison de ces tumeurs, si bien résumés par M. le professeur Trousseau, et auquel je ferai de nombreux emprunts.

Si l'art n'intervient pas, les kystes de l'ovaire se terminent le plus ordinairement :

1° Par résorption spontanée; — 2° par évacuation naturelle; — 3° par inflammation spontanée; — 4° par rupture; — 5° par épuisement, marasme, hectisie, etc.

Digitized by Google

1° *Résorption spontanée.* — La terminaison des kystes ovariques par résorption spontanée est possible sans doute : cette résorption s'opère bien pour les épanchements qui ont lieu dans d'autres cavités, dans la tunique vaginale, les synoviales articulaires, etc., et il n'est pas impossible qu'elle puisse avoir lieu aussi pour les hydropisies ovariennes. M. Cruveilhier rejette d'une manière presque absolue ce mode de terminaison. Il va même plus loin, comme nous le verrons en parlant du traitement. Cependant quand on réfléchit que la résorption s'opère dans ces kystes, quand ils ont été soumis à une injection iodée, pourquoi rejeter la possibilité de la résorption spontanée du liquide qu'*ils* renferment? Thomson a publié des exemples de guérison de tumeurs enkystées de l'ovaire, à la suite de frictions iodiques sur la paroi abdominale, et de l'administration de l'iodure de potassium à l'intérieur. On peut, avec M. Trousseau, se demander si ces cas de guérison ne seraient pas dus à la résorption spontanée du contenu de ces kystes. Encore une fois, pour être excessivement rare, cette terminaison n'est pas impossible; mais cette proposition doit être émise avec une extrême réserve, attendu que je ne puis l'appuyer sur aucun fait clinique rigoureusement observé.

2° *Évacuation naturelle.* — Les kystes ovariques, quand ils ont acquis un certain développement, peuvent contracter des adhérences avec les parties environnantes et s'ouvrir dans les organes avec lesquels ils sont en contact. Le kyste se vide alors et le liquide s'échappe à l'extérieur, par les voies naturelles, *le plus souvent ;* car quelquefois, surtout pour les kystes fœtaux, la tumeur contracte des adhérences avec la paroi abdominale antérieure, et son contenu se fait jour, comme ferait le pus d'un abcès. Dans quelques circonstances, l'ouverture de communication se ferme au bout de quelque temps, et le liquide cesse de s'échapper à l'extérieur; le plus ordinairement, il s'établit un écoulement continu, et alors le kyste revient sur lui-même, et la guérison peut arriver d'une manière définitive; ou bien la poche s'enflamme, la suppuration devient fétide et les malades succombent à une intoxication putride. Cette terminaison fatale arrive plutôt quand le kyste s'est ouvert dans une cavité qui renferme des matières irritantes; le tube intestinal, la vessie, etc. La guérison, ou du moins une amélioration plus ou moins durable, s'observent surtout quand la poche se vide par

Digitized by Google

le vagin et même à l'extérieur. Cette évacuation continue des kystes par les organes environnants, c'est, comme l'a fort judicieusement fait observer M. Trousseau, l'opération de M. Barth tentée par la nature.

Blasius (1) rapporte un grand nombre d'exemples de kystes ovariques ouverts dans l'intestin, la vessie, le péritoine, l'*utérus* et à l'extérieur. Peut-être doit-on mettre un signe d'interrogation pour l'utérus. Il faut toujours songer, dans ces cas et avant tout, aux kystes des trompes.

Tilt (1851) donne une observation de kyste ovarique ouvert dans l'intestin et la *vessie*, et terminé par la guérison.

Plusieurs exemples d'évacuation spontanée des tumeurs enkystées de l'ovaire par l'intestin ont été notés par Kiwisch (1856). De ces kystes, l'un s'est reproduit cinq mois après que l'on eut constaté sa disparition; un autre, deux ans plus tard.

On trouve dans l'*Encyclopédie des sciences médicales* (Weiten Kampff, 1836, p. 342) un cas de guérison de kyste ovarien, à la suite de l'évacuation spontanée de cette poche par le vagin.

J'ai rapporté plus haut deux faits qui devront être rapprochés des précédents. Dans l'un, l'évacuation du kyste s'est faite par l'uretère; dans l'autre, par le vagin.

3° *Inflammation spontanée.* — Les kystes ovariques s'enflamment assez fréquemment; cet accident est accusé par de la douleur, surtout à la pression; de la fièvre et une augmentation de tension et de volume de la tumeur. Mais ces inflammations spontanées peuvent déterminer divers accidents: tantôt l'inflammation se propage au péritoine et détermine une péritonite plus ou moins grave; tantôt l'inflammation change la nature du contenu de la poche et amène un kyste purulent. Dans d'autres circonstances, l'inflammation peut être portée au point de déterminer la formation de plaques gangréneuses sur les parois de la tumeur, ou bien de provoquer la mort avant la formation du pus, avant l'extension de l'inflammation au péritoine. Rarement l'inflammation spontanée s'arrête et détermine dans les parois de la poche un travail de résorption, comme celui que l'on cherche à obtenir par l'injection de liquides irritants.

Et cependant ces faits peuvent se rencontrer. C'est par ce méca-

(1) *Commentatio de hydrope ovariorum confluente*, 1834.

Digitized by Google

nisme que doivent se guérir les kystes qui se terminent par résorption. Je puis citer ici un fait rapporté par M. Trousseau. L'inflammation a été provoquée par une ponction, mais on n'a poussé dans la poche aucun liquide irritant.

M. Trousseau a observé, avec MM. P. Dubois et Jobert, une dame qui a subi quatre ponctions. Dix jours après la dernière ponction, inflammation du kyste, péritonite; la tumeur grossit, acquiert rapidement un volume double de celui qu'elle offrait avant la ponction ; les symptômes phlegmasiques tombent, le kyste diminue et finit par disparaître. La guérison s'est maintenue.

Que l'inflammation soit spontanée, ou provoquée par une ponction, ou par une violence extérieure, elle peut déterminer dans quelques cas une modification des parois de la poche, et partant, la terminaison du kyste.

4° *Rupture.* — La rupture d'un kyste ovarique est toujours un accident grave ; elle peut arriver sous l'influence d'une violence extérieure ou à la suite d'un travail phlegmasique, gangréneux et spontané des parois de la poche, ou à la suite de manœuvres tentées pour obtenir une cure radicale ou palliative. Cette rupture, même dans ces derniers cas, se produit quelquefois d'une manière tout à fait insolite ; huit, quinze, vingt jours après la ponction, et dans un point opposé à celui qui a été touché par l'instrument.

Quelle que soit la cause qui ait amené cet accident, la terminaison est variable. Souvent la mort arrive rapidement ; d'autres fois les accidents péritonitiques s'arrêtent, la perforation se ferme et la poche se reproduit après plusieurs semaines, plusieurs mois, voire même plusieurs années, ou bien la guérison du kyste se maintient d'une manière définitive.

On a vu des malades chez lesquelles il s'est fait successivement plusieurs ruptures d'un kyste ovarique.

M. Trousseau a observé un cas de rupture d'un kyste ovarique (en 1837) et qui a été suivie de guérison. La rupture s'était produite chez cette femme dans un mouvement brusque qu'elle fit pour lacer sa bottine.

M. Trousseau a cité dans son discours cette observation fort curieuse d'une malade qu'il a vue avec M. P. Dubois :

Une demoiselle anglaise, de vingt-six ans, avait subi trois ponctions d'un kyste ovarique. Un mois après la dernière ponction, rupture, péritonite, guérison. — Pendant plus d'un an, on put croire à une guérison de la tumeur ovarique; mais quinze mois après la rupture, le kyste

Digitized by Google

avait reparu. La malade fut envoyée aux eaux de Kreutznach. Nouvelle rupture, péritonite, guérison, qui s'est maintenue pendant plusieurs mois. M. Trousseau a perdu de vue la malade.

Cette observation porte avec elle son enseignement, et vient corroborer les propositions que j'ai émises plus haut.

M. Camus, dans un Mémoire intéressant sur ce sujet, a rapporté trois exemples de rupture suivie de guérison.

Simpson cite l'observation d'une femme âgée de cinquante-cinq ans, qui avait subi quarante-quatre ponctions. A la suite d'une de ces ponctions, rupture, péritonite, guérison de la péritonite. Le kyste s'est reproduit.

Bright, Lewen et Froriep rapportent plusieurs faits analogues.

Mais à côté de ces faits heureux il y a le revers de la médaille, et le nombre de cas de ruptures suivies de mort l'emporte de beaucoup sur celui des cas où la rupture s'est terminée par une guérison plus ou moins durable.

M. Trousseau a rapporté le fait suivant, observé par M. Lasègue : Une femme âgée de cinquante-quatre ans fut ponctionnée quatre fois. A la quatrième ponction, rupture, guérison qui se maintient pendant deux ans. A cette époque, reproduction du kyste, nouvelle rupture, péritonite, mort.

Il semble que les kystes qui se sont rompus une première fois aient une tendance à se rompre encore, s'ils viennent à se reproduire. Peut-être y aurait-il indication à ponctionner de bonne heure les kystes ovariques qui se sont reformés après une première rupture.

Sur 70 cas de rupture réunis par Tilt, il y eut 22 morts, 2 améliorations, 30 guérisons.

Mais Tilt compte au nombre des guérisons des cas qu'il a vus deux mois, cinq mois après la rupture.

On trouve dans *Guy's hospital reports* un assez bon nombre de cas de ruptures suivies de mort, recueillis sous les yeux de MM. Addison et Bright.

J'ai rapporté, dans la première partie de ce travail, quelques faits de rupture terminée d'une manière fatale. M. Vidal en a donné à la Société anatomique un autre exemple.

La femme était entrée à l'hôpital avec tous les signes de la péritonite et le kyste n'avait pas

Digitized by Google

été reconnu, ce qui s'explique du reste, si l'on songe à la douleur si vive que provoque la palpation, même la plus délicate, sur le ventre, et partout, à la difficulté extrême et au danger de se livrer à l'exploration de la cavité abdominale. Ce kyste pouvait avoir la grosseur du poing et la perforation était assez large.

5° *Terminaison par épuisement*, etc. — S'il ne survient aucun des accidents que je viens de passer en revue, accidents qui, dans quelques cas (fort rares du reste), peuvent amener la guérison, et que la maladie soit abandonnée aux seuls efforts de la nature, la mort est inévitable, et elle arrive alors de diverses manières.

Quelques malades succombent épuisées par cette tumeur et les troubles qu'elle apporte dans la nutrition. Chez d'autres surviennent des symptômes d'hématose incomplète, d'asphyxie, etc. Pour quelques-unes le marasme, l'hectisie, la fièvre lente, etc. Pour d'autres une obstruction intestinale, etc.

Tels sont les divers modes de terminaison que peut affecter un kyste ovarique.

CHAPITRE II. — Caractères différentiels des kystes de l'ovaire.

Diagnostic.

J'ai trop insisté sur la symptomatologie des kystes de l'ovaire, pour reproduire ici avec détail les signes à l'aide desquels sera formulé le diagnostic. Je me bornerai à les résumer en quelques mots, en traitant du diagnostic différentiel des diverses variétés des kystes de l'ovaire.

1° *Si le kyste est contenu dans la cavité pelvienne*, il donne lieu a une tumeur appréciable par le toucher vaginal et rectal et par la palpation. Tumeur arrondie, fluctuante, assez mobile. A moins qu'à ces symptômes viennent se joindre les signes caractéristiques de la suppuration, il sera assez difficile, pour ne pas dire impossible, de savoir si l'on a affaire à un kyste séreux, ou gélatineux, ou même purulent. On pourra peut-être, dans certains cas, en pesant bien attentivement les diverses indications fournies par le toucher et par les commémoratifs, arriver à savoir si le kyste est compliqué de la présence d'une tumeur dans ses parois, ou s'il paraît renfermer des débris de fœtus; mais pourtant, à cette période, il sera le plus souvent impossible d'arriver

Digitized by Google

à un diagnostic précis. Dans le doute, on pourra avoir recours à une ponction exploratrice, pratiquée par la paroi abdominale, et plutôt par le vagin.

Les *kystes des trompes* pourront être surtout confondus avec les kystes ovariques; s'il se fait un écoulement de liquide, continu ou intermittent, par la vulve, il faut tâcher de s'assurer si cet écoulement a lieu par le col utérin. Ce symptôme, quand il existe, a une grande valeur pour le diagnostic des kystes tubaires. La marche ultérieure de la maladie pourra aussi éclairer le diagnostic. La tumeur enkystée des trompes reste enclavée dans l'excavation pelvienne; le kyste de l'ovaire, en se développant, tend à sortir du détroit supérieur du bassin et à remonter vers l'une des fosses iliaques.

2° *Le kyste est-il abdominal?* Alors les symptômes qui lui sont propres se dessinent de plus en plus.

A. Fluctuation franche, nette; flot du liquide facile à percevoir; tumeur arrondie, mobile, etc.: tels sont les caractères plus spécialement affecté aux *kystes séreux uniloculaires.*

B. Fluctuation nette, franche par place, *cloisonnée*, c'est-à-dire que l'on ne peut pas apprécier bien distinctement quand on applique les deux mains ou les doigts sur deux points éloignés de la poche; flot du liquide, que l'on sent de distance en distance, mais non dans tous les points de la poche; ondulation qui semble arrêtée, pour ainsi dire, par places; tumeur quelquefois bosselée, irrégulière: tels sont les signes des *kystes multiloculaires.*

C. Tumeur molle, pâteuse, assez souvent fluctuante, mais dont la fluctuation n'est pas nettement, franchement appréciée; ondulation que l'on ne peut produire qu'en imprimant de fortes secousses à la masse, et non par une simple chiquenaude; tumeur souvent irrégulière, lente à se développer: ces signes appartiennent plutôt au *kyste à liquide épais, gélatineux.*

L'observation suivante m'a paru assez intéressante pour mériter d'être rapportée complétement.

Tumeur abdominale. Kyste de l'ovaire gélatineux. Ponctions.— Cette femme s'est toujours bien portée; elle n'accuse pas de maladie antérieure grave.

Réglée à treize ans, ses menstrues ont paru très régulièrement jusqu'il y a deux ans. Elle a eu un enfant à l'âge de dix-neuf ans. Depuis elle s'est mariée, mais n'a pas eu d'autres enfants.

Digitized by Google

Il y a deux ans, sans cause appréciable, elle a eu une suppression de règles qui a duré environ trois mois. Après ce temps, les règles ont repris leur cours habituel. Pendant leur suppression momentanée, le ventre a grossi, et les médecins et la malade elle-même croyaient à une grossesse. Jusque-là pas de douleurs dans le ventre. Il y a un an, la malade a éprouvé de la douleur dans le côté droit. Des sangsues ont été appliquées; néanmoins la douleur a persisté pendant six semaines. De là, la douleur s'est étendue dans le haut du ventre, pour repasser ensuite à gauche. Depuis quelques mois le ventre grossit davantage, et les douleurs sont plus fortes. Cette femme se décide à entrer à l'hôpital.

État actuel. — Examinée avec les vêtements, la malade a l'apparence d'une femme enceinte. Son ventre proémine sous sa robe; sa taille est ronde; elle a la démarche d'une femme grosse.

En examinant d'une manière plus approfondie, on trouve que le ventre est très exactement arrondi, globuleux sur tous ses points, en avant, sur les côtés et même en arrière. La base du thorax a augmenté de diamètre; le creux épigastrique est effacé et remplacé par une saillie qui fait suite à celle de l'abdomen. La peau n'est pas lisse et tendue; elle a sa couleur naturelle; on n'y remarque pas des veines distendues; on la fait glisser facilement sur une tumeur large, d'une dureté très grande, occupant tout l'abdomen. On ne perçoit aucune fluctuation. En palpant la tumeur, on ne provoque de douleur que dans le côté droit. Le ventre est complétement mat dans toute son étendue; les intestins sont refoulés en partie, en haut, en arrière et à gauche. L'utérus n'est pas complétement mobile. Il paraît se continuer avec la masse du côté gauche.

Le 5 janvier, M. Velpeau fait une ponction avec un trocart très fin, du côté droit. Il en sort une sorte de gelée en très petite quantité; le trocart pénètre dans une cavité. Pendant deux jours, la malade garde le lit; des cataplasmes sont appliqués sur le ventre. Il ne se passe aucun phénomène inflammatoire.

Quelques jours après, nouvelle ponction du côté gauche. Il ne sort rien par le trocart.

M. Velpeau conseille à la malade de retourner chez elle, avec l'ordonnance suivante :

Vésicatoire volant tous les mois. Frictions de pommade d'iodure de plomb. Pilules de ciguë.

Dans tous les cas, du reste, la *ponction* lèvera tous les doutes. Pour les kystes séreux uniloculaires, ils se videront complétement; pour les kystes multiloculaires, la poche seule dans laquelle aura pénétré le trocart reviendra sur elle-même; pour les kystes gélatineux, c'est à peine si, par la canule, il s'écoulera une ou deux cuillerées d'un liquide filant.

Certains kystes multiloculaires donnent lieu à des symptômes qui les rapprochent si bien des kystes uniloculaires, que la ponction seule fera découvrir qu'il existait d'autres petits kystes, masqués par une poche plus importante. L'observation suivante vient à l'appui de cette assertion :

Kystes ovariques. Deux ponctions successives. Guérison momentanée. — La malade, âgée

Digitized by Google

de trente-six ans, de taille moyenne, jouit habituellement d'une bonne santé. Elle a eu deux enfants. Ses deux accouchements ont eu lieu sans aucun accident. Elle est d'ordinaire bien réglée. Elle se plaint de palpitations, dont l'apparition est ultérieure au début de la maladie qui l'a fait entrer à l'hôpital. Il y a cinq ans, elle s'aperçut que son abdomen commençait à se tuméfier; cette tuméfaction qui, dit-elle, a débuté dans la région hypogastrique, a progressé lentement, sans causer de douleurs à la malade et sans produire aucun trouble fonctionnel. Pour combattre cette affection, elle s'est adressée à un grand nombre de charlatans et de bonnes femmes, qui l'ont soumise à une foule de traitements internes, qui tous ont été inutiles.

L'abdomen est uniformément distendu. Par la percussion et la palpation, on reconnaît aisément que c'est une accumulation de liquide qui cause cette tuméfaction du ventre. En explorant attentivement les différents points de la surface abdominale, on a uniformément la même sensation de poche fluctuante, distendue par du liquide. En faisant varier les positions de la malade, on ne fait pas varier le siége du liquide. Le toucher ne fait rien reconnaître d'anormal du côté de l'utérus et des parois du vagin.

Le 25 novembre, une ponction est pratiquée à droite. Cette ponction donne issue à 10 litres d'un liquide clair, limpide, transparent. Le liquide traité par l'acide nitrique ne donne lieu qu'à un léger coagulum albumineux. Après l'opération, en explorant l'abdomen, on sent encore à droite, dans la région pelvienne, qu'il existe une poche assez volumineuse et contenant du liquide.

Le 9 décembre, une nouvelle ponction est pratiquée à droite. M. Velpeau en plongeant un trocart, sent manifestement qu'après avoir percé la paroi abdominale et avoir pénétré dans une première cavité, il traverse une seconde paroi résistante. Il sort par la canule un liquide fluide comme de l'eau un peu trouble. On en remplit un bassin de la capacité de 2 litres.

Le 25 décembre, la malade quitta l'hôpital, débarrassée, pour le moment, du liquide qui distendait son abdomen.

Même en prenant toutes les précautions possibles, en étudiant avec le plus grand soin les signes fournis par la percussion, la palpation, la marche de la tumeur, il est quelquefois impossible d'arriver à un diagnostic précis avant la ponction. Il est des tumeurs enkystées de l'ovaire qui paraissent si nettement fluctuantes qu'elles semblent uniquement remplies de sérosité, et l'on est tout surpris de trouver à la ponction un liquide gélatineux filant.

D. Les kystes qui existent déjà depuis longtemps et dont le développement se fait si lentement qu'ils semblent rester stationnaires, ont souvent leurs *parois épaissies*, fibreuses, doublées à l'intérieur de fausses membranes. On sent, quand on les examine avec soin, une poche dure, résistante, et quelquefois par places des plaques plus ou moins épaisses. Si la poche se laisse déprimer, il est quelquefois possible d'apprécier l'épaisseur de ses parois; mais presque toujours ce n'est qu'après la ponction qu'on peut bien se rendre compte de cette complication.

Digitized by Google

E. Les symptômes généraux, sur lesquels j'ai insisté, indiqueront que la suppuration s'est établie dans une tumeur enkystée de l'ovaire.

F. Si la tumeur s'est développée rapidement, ou si tout d'un coup elle a pris un accroissement notable, il est permis de supposer qu'il s'est fait une exhalation sanguine dans l'intérieur de la poche. La ponction exploratrice viendra confirmer le diagnostic.

G. Les kystes flasques sont rares, mais on peut les explorer avec soin, apprécier la nature de leurs parois et même de leur contenu. Du reste, dans les exemples que j'ai rencontrés, il s'agissait de kystes séreux uniloculaires.

H. Les kystes compliqués de la présence d'une tumeur, soit dans le voisinage, soit dans leurs parois, peuvent être diagnostiqués par la palpation, par le toucher vaginal. On sent des bosselures inégales, les unes dures, les autres molles, d'autres fluctuantes, et toutes ces bosselures sont plus ou moins intimement reliées entre elles. Les signes généraux de cachexie sont aussi des symptômes précieux pour le diagnostic.

I. Les kystes fœtaux par inclusion, les kystes pileux sont surtout situés dans une des fosses iliaques. Ils forment une masse pâteuse assez résistante, et, par places, on sent parfois des saillies qui rappellent la dureté osseuse. Ils se développent lentement, et la date de leur apparition remonte souvent à l'époque de la première menstruation. Je parlerai plus loin des grossesses extra-utérines.

J. Les kystes ovariques sont en général assez mobiles dans la cavité abdominale, mais il est important, au point de vue du diagnostic, de chercher s'ils ne sont pas fixés dans quelque endroit par des adhérences anormales, à l'utérus, à la face profonde de la paroi abdominale antérieure.

K. Les kystes sont situés dans l'une des fosses iliaques droite ou gauche, suivant que tel ou tel ovaire est le siége du mal. Quand la matité existe de l'un et l'autre côté et s'interrompt vers la ligne médiane, c'est qu'il s'agit en général d'un kyste ovarique double. Il y a parfois des inversions, c'est-à-dire qu'un kyste de l'ovaire droit, par exemple, peut occuper la fosse iliaque gauche, et réciproquement. Dans ces cas, ce sont des adhérences qui ont déterminé cette position anormale de la tumeur, et, à moins que l'utérus lui-même n'ait subi quelque renverse-

Digitized by Google

ment qui puisse mettre sur la voie, il me paraît impossible d'arriver à reconnaître ces déplacements.

Étudions maintenant le diagnostic des kystes de l'ovaire à un autre point de vue. Cherchons par quels moyens nous pourrons reconnaître les kystes de l'ovaire au milieu du grand nombre de tumeurs qui peuvent être confondus avec eux.

Le diagnostic doit être établi aux différents degrés de développement de ces tumeurs.

1° Tant que le kyste n'excède pas, par son volume, celui d'un œuf de poule, et que son diamètre ne dépasse pas 3 à 5 centimètres (1), il ne produit aucun trouble appréciable, et le plus souvent passe inaperçu. Parfois, cependant (2), on sent par le toucher, dans la profondeur du grand et même du petit bassin, de petites tumeurs arrondies, fuyant sous le doigt. Mais il ne faut pas se hâter de conclure à une affection de l'ovaire, car ces tumeurs sont fréquemment dues à des fèces contenues dans l'S iliaque ou le cæcum.

A cette période aussi ne pourrait-on pas confondre les kystes avec ces corps fibreux de petit volume, lâchement attachés sur les côtés de l'utérus par un petit pédicule, ou libres et mobiles dans la cavité péritonéale.

2° Plus tard, lorsque la tumeur a augmenté de volume et qu'elle manifeste sa présence par de la douleur ou du trouble dans les fonctions utérines, en même temps qu'elle peut être reconnue par le palper, le toucher et la percussion, le diagnostic en devient complexe. M. Cazeaux a établi, dans sa remarquable thèse pour l'agrégation (3), que le diagnostic comprend alors trois points.

A. La distinction de toutes les tumeurs abdominales qui peuvent être confondues avec le kyste ovarique.

B. La distinction des différentes espèces de kystes ovariques.

C. La distinction des complications.

J'ai déjà traité ces deux derniers points (voy. *Symptomatologie*); je n'ai plus à m'occuper que du premier.

(1) Piorry, *Traité de diagnostic*, t. II, p. 569.
(2) Piorry (*loc. cit.*), p. 566.
(3) *Des kystes de l'ovaire*. Paris, 1844, in-4°, p. 349.

Digitized by Google

MM. Monneret et Fleury (1) ont introduit les divisions suivantes dans l'étude du diagnostic des kystes ovariques :

I. Tumeurs d'un petit volume;

II. Tumeurs d'un volume moyen;

III. Tumeurs d'un volume considérable.

L'exemple de MM. Monneret et Fleury est bon à suivre. Leur méthode est logique, car la nature et le siége des tumeurs abdominales qui peuvent être confondues avec les kystes, varient avec les dimensions de ces derniers.

I. — *Tumeurs d'un petit volume.*

Lorsque la tumeur, quoique petite encore et renfermée dans le petit bassin, peut être reconnue par le toucher vaginal et la palpation à travers les parois abdominales, il est souvent difficile de décider si elle appartient à l'ovaire ou à l'utérus et à ses autres annexes. Si la tumeur ne dépend pas de l'utérus, on pourra, suivant M. Piorry (*loc. cit.*, p. 567), imprimer à cet organe des mouvements qui ne se communiqueront pas au kyste palpé à travers les parois abdominales; d'autre part, on pourra constater que la tumeur est indépendante, mobile, séparée de la matrice. Quoi qu'il en soit, le plus souvent le diagnostic ne reposera que sur des probabilités, la fluctuation étant nulle ou très difficile à percevoir. Il sera d'ailleurs impossible de distinguer une affection de la trompe d'une altération de l'ovaire.

A cette période encore, ce ne serait que par extrême inattention que l'on pourrait confondre un kyste ovarien avec une ovarite aiguë ou avec un de ces noyaux d'induration qui persistent longtemps dans les ligaments larges, à la suite des phlegmons de cet organe; l'étude des commémoratifs et de la marche de la maladie prévient aisément toute erreur.

II. — *Tumeurs d'un volume moyen.*

Lorsque le kyste a acquis des dimensions assez considérables pour franchir le niveau du détroit supérieur du bassin et faire saillie dans la cavité abdominale, la fluctuation peut être perçue. Il y a donc lieu

(1) *Compendium de médecine*, t. VI, p. 257.

Digitized by Google

d'établir un diagnostic différent suivant que la tumeur est fluctuante ou qu'elle ne l'est pas.

I. — *Si la tumeur n'est pas fluctuante*, elle pourra être confondue :

1° Avec une tumeur de l'ovaire lui-même, fibreuse, squirrheuse, encéphaloïde, etc.; le diagnostic est le plus souvent impossible; la ponction exploratrice elle-même peut laisser des doutes, car la pointe de l'instrument peut pénétrer dans une poche d'un kyste multiloculaire contenant des matières solides ou semi-fluides, qui ne sortiront pas par la canule.

2° Avec une tumeur des parois de l'utérus, polype, corps fibreux; mais ces tumeurs présentent une dureté, une résistance plus grande, et d'ailleurs sont intimement unies à la matrice et participent aux mouvements qu'on lui imprime.

3° Avec une grossesse utérine. De cruelles erreurs ont été commises par trop de précipitation. Que de femmes ont été soumises aux fondants, aux altérants, etc., et même à des opérations chirurgicales, à la suite de pareilles méprises; en voici un exemple remarquable (1) :

« Une jeune fille, niant fortement la possibilité d'une grossesse, fut considérée comme affectée d'un kyste de l'ovaire, et ponctionnée par un praticien de province. Un avortement survint, et trois jours après l'opérée succomba. »

Voici, suivant Valleix (2), à quels signes, dans un cas douteux, on distinguera la grossesse utérine d'une tumeur ovarienne :

Dans la grossesse, la tumeur globuleuse prend sa racine derrière le pubis. Aussi, tandis que dans l'hypogastre on trouve un son mat, les fosses iliaques (l'intestin étant vide) donnent un son clair plus ou moins prononcé. Dans le kyste ovarique, au contraire, il y a une matité très prononcée dans une des fosses iliaques, et sonorité dans toute l'étendue de l'autre.

La tumeur ovarique, ordinairement bosselée, n'a pas le développement régulier de l'utérus chargé du produit de la conception. Elle occupe un des côtés du ventre, tandis que la matrice s'élève en suivant la ligne médiane.

(1) *L'Expérience*, journal de médecine, 1840, p. 51.
(2) *Guide du médecin praticien*, t. IV, p. 277.

Digitized by Google

Enfin, par le toucher vaginal, on constatera ou l'intégrité du corps et du col de l'utérus, ou les modifications que lui imprime la grossesse.

D'après MM. Monneret et Fleury, tous ces signes sont complétement insuffisants, et le diagnostic ne peut être posé avec quelque certitude que du quatrième au sixième mois, en supposant que le fœtus soit vivant. Heureusement que, comme le fait remarquer M. Cazeaux (*loc. cit.*, p. 130), dans les deux cas, la seule chose à faire est d'attendre.

A une époque plus avancée de la grossesse, les mouvements actifs du fœtus, le souffle placentaire, les doubles battements du cœur sembleraient devoir lever tous les doutes; mais les derniers seuls sont pathognomoniques. Malades et médecins se sont trompés sur les mouvements du fœtus. M. Bluff (1) et M. Rayer ont rapporté que des femmes atteintes d'hydropisie enkystée de l'ovaire, assuraient sentir distinctement les mouvements de l'enfant qui n'existait pas. Le souffle placentaire (?) peut être simulé par le souffle artériel dû, suivant M. Bouillaud, à la pression de la tumeur sur les artères du petit bassin et à la gêne qui en résulte dans la circulation. Suivant M. Depaul (2), on éviterait toute erreur, en se souvenant que le souffle de la grossesse n'est pas accompagné d'impulsion, comme le bruit de souffle artériel.

En résumé, le ballottement n'étant pas toujours très distinct, le seul signe réel de la grossesse est le double battement du cœur, qui n'est guère perceptible qu'au cinquième mois. On peut dire avec Gardien qu'en cas de doute le temps seul jugera.

Il peut y avoir coexistence d'un kyste et d'une grossesse. Il est possible que l'on puisse isoler l'une de l'autre les deux tumeurs et reconnaître les signes qui appartiennent à chacune d'elles; mais le plus souvent l'altération de l'ovaire ne sera reconnue qu'après l'accouchement, ou bien, comme dans le fait de M. Barth, c'est la grossesse qui passe inaperçue.

4° *Grossesse extra-utérine.* — Si dans les trois ou quatre premiers mois, si même plus tard il est parfois difficile d'acquérir la certitude

(1) *Expérience*, 1838, p. 361.
(2) *Traité théorique et pratique d'auscultation obstétricale.* Paris, 1847.

Digitized by Google

de l'existence d'une grossesse utérine, à plus forte raison sera-t-il difficile de reconnaître une grossesse extra-utérine, surtout si l'on a affaire à une grossesse ovarique, tubo-ovarique, tubo-abdominale ou tubaire. Dans ces différentes variétés, le produit de la conception se développe au voisinage de l'ovaire, ou dans cet organe lui-même, en tout ou en partie. Rien de plus facile dès lors que de confondre la tumeur qui en est la conséquence avec celle que forme un kyste ovarique. Souvent, il est vrai, les grossesses extra-utérines sont accompagnées des signes rationnels de la grossesse; mais, d'une part, ces signes peuvent manquer, même dans la grossesse utérine, et, *à fortiori*, faire défaut dans les grossesses ovariques, tubaires, etc.; et, d'autre part, les kystes ovariques peuvent exciter, par leur présence, assez de troubles sympathiques dans le système général, pour faire croire à l'existence d'une grossesse. Si le fœtus parvient au sixième mois, le bruit des battements du cœur facilitera le diagnostic; mais avant cette époque, ou encore si le fœtus est mort, on ne pourra arriver à une conclusion certaine. Les antécédents, dit M. Cazeaux (*loc. cit.*, p. 132, 133), auront quelque importance, surtout si le fœtus a vécu assez longtemps pour que ses mouvements aient été nettement perçus. L'état stationnaire de la tumeur, sa dureté, les inégalités que l'on peut quelquefois distinguer à travers l'épaisseur des parois qui l'enveloppent, sont autant de documents qu'il ne faut pas négliger.

5° *Cancer de l'intestin.* — Les auteurs du *Compendium* (*loc. cit.*, p. 258) pensent que l'erreur est difficile parfois à éviter, lorsque, par exemple, la pression de l'ovaire sur l'intestin produit les symptômes de l'obstruction intestinale. La ponction de la tumeur, le point où elle a débuté, une ponction exploratrice, l'état général des malades fourniront des signes précieux pour le diagnostic.

II. — Lorsque le kyste de l'ovaire forme une *tumeur fluctuante* de moyen volume, il peut être confondu :

1° *Avec l'hydropisie utérine.* Cette affection n'est pas admise par tous les auteurs. Acceptée par M. Teissier (de Lyon), d'après des faits empruntés à Vésale, Fernel, Nicolaï, J. Frank, Mauriceau, Blegny, Dumas, son existence est niée par Meckel, Baillie, Neumann, Baumgartner, Stoltz, Nægele. Quoi qu'il en soit, voici les caractères qu'on lui a assi-

Digitized by Google

gnés : tumeur occupant la ligne médiane dès le début, de forme ovoïde, à grand diamètre vertical, s'élevant vers l'ombilic à la façon de l'utérus chargé du produit de la conception. La fluctuation y est obscure, lorsqu'on la cherche à travers les parois abdominales, mais se perçoit assez distinctement à travers le col ou dans le cul-de-sac postérieur du vagin; enfin, suppression constante des menstrues.

2° *Môle hydatique.* L'erreur est-elle posible? Les éléments du diagnostic seraient les même que dans le cas précédent.

3° *Rétention d'urine.* Ce ne serait guère qu'à la suite d'une paralysie des parois de la vessie ou d'une compression permanente de son col, que cet organe pourrait demeurer assez habituellement distendu pour donner lieu à une erreur, qui serait du reste évitée par le cathétérisme de la vessie et l'affaissement consécutif de la tumeur.

4° *Kystes sanguins rétro-utérins.* Les tumeurs enkystées qui ont pour point de départ une hémorrhagie rétro-utérine, pourraient exposer à une méprise, si l'on ne joignait l'exploration vaginale à l'examen de l'abdomen. Les phénomènes du début sont tout différents et les commémoratifs seront précieux lorsque la période aiguë de la maladie est passée. Mais si l'épanchement, au lieu de se faire jour à travers le vagin ou le rectum s'enkyste, il peut amener la formation d'une tumeur volumineuse, à l'origine de laquelle on aura quelque peine à remonter. Cependant cette variété de tumeurs aura pour caractère fondamental d'être enclavée, fixée dans la cavité pelvienne et de n'offrir aucune mobilité.

5° *Les hydropisies enkystées du péritoine, les kystes simples ou hydatiques* du petit bassin, du grand bassin, du mésentère, de l'épiploon, les abcès de la cavité abdominale. Dans presque toutes ces maladies, le siége primitif ou les symptômes du début et la marche suffisent pour faire reconnaître presque toujours le point de départ ou la nature de l'affection. Pour quelques-unes cependant, telles que les kystes du petit bassin et des trompes, l'erreur est souvent impossible à éviter. Heureusement que ces tumeurs sont rares, et que, d'autre part, le traitement est le même que celui des kystes de l'ovaire. C'est dans la plupart de ces cas (kystes hydatiques, purulents, etc.) que la ponction exploratrice fournit des renseignements précieux.

Digitized by Google

III. — *Tumeurs de volume considérable.*

A. *Tumeurs non fluctuantes.* — Si l'on n'a pas de renseignements précis sur le siége primitif de la tumeur, sur la direction qu'elle a suivie dans son évolution, ou si encore il n'est pas possible de la circonscrire et de reconnaître qu'elle est fixée dans la région de l'ovaire, le diagnostic peut être fort incertain. Enfin, lors même que l'on a reconnu que la tumeur appartient à l'ovaire, on peut encore conserver des doutes sur sa nature.

I. Des observations authentiques prouvent que les ovaires peuvent former des tumeurs solides énormes, simulant, par leur développement, les kystes de ces organes. Lieutaud, et d'autres auteurs, citent des faits semblables : les ovaires pesaient de 40 à 50 kilogrammes. Un cas analogue a été décrit par M. Caillot (1).

C'est surtout l'encéphaloïde de l'ovaire que l'on peut aisément confondre avec certains kystes. Suivant Neumann et Lisfranc, il serait presque impossible de les distinguer les uns des autres. La matité, l'inégalité de la surface, la dureté, les douleurs lancinantes sont loin d'avoir une valeur positive ; la coexistence d'une autre tumeur dans une autre région, la cachexie cancéreuse, sont de meilleurs éléments de diagnostic. Schnider, Van der Bosch, Walkner, Erkstrom, Meckel, MM. Andral, Velpeau ont décrit de ces masses encéphaloïdes énormes, occupant tout l'abdomen et simulant l'hydropisie enkystée de l'ovaire.

L'erreur est encore plus facile à commettre lorsque la matière cancéreuse double en quelque sorte les parois du kyste, comme Marshale Paul (2) en a rencontré un cas. J'ai rapporté une observation que je dois à M. Moysant, et une autre de M. Gosselin, qui doivent être rapprochées des faits précédents (voy. *Anat pathol.*).

II. *Tumeurs du rein.* — M. Cazeaux (*loc. cit.*) cite un cas d'encéphaloïde du rein pris pour un kyste de l'ovaire.

III. *Tumeurs du mésentère.* — Gardien (3) rapporte que l'on a souvent confondu les tumeurs stéatomateuses du mésentère avec les kystes de l'ovaire :

(1) *Archives de médecine*, 4e série, p. 583.
(2) *North American med. and physic. Journal* (1828).
(3) *Traité des accouchements*, t. I, p. 456.

Digitized by Google

« En effet, dit-il, lorsque le liquide est gélatineux, très visqueux, la » fluctuation est sourde et l'erreur possible. Il en est de même lorsque » l'hydropisie des ovaires est formée par des hydatides. » Gardien, du reste, ne cite aucun fait précis et ne donne aucun signe propre à assurer le diagnostic. L'erreur ne me semble possible qu'autant que le développement de la tumeur a été incomplétement suivi. Les tumeurs encéphaloïdes du mésentère naissent, se développent au voisinage de l'ombilic, et, si elles envahissent les flancs ou les fosses iliaques, ce n'est qu'après avoir occupé d'abord la région ombilicale. Elles s'accompagnent du reste rapidement de la cachexie cancéreuse.

IV. *Hypertrophie de la rate.* — J'ai vu cette année dans le service de M. Velpeau, à la Charité, une femme atteinte de leucocytémie splénique, dont la rate hypertrophiée occupait le flanc et la fosse iliaque, plongeait dans le petit bassin, et dépassait notablement la ligne blanche de façon à simuler un kyste, ou tout au moins une tumeur ovarique ; les intestins étaient refoulés dans le flanc droit.

En pareil cas, on évitera une erreur en remarquant : 1° que la tumeur s'est développée de haut en bas ; 2° que la matité remonte très haut dans l'hypochondre gauche, ce qui n'arrive jamais, quel que soit le volume des kystes de l'ovaire ; 3° la surface lisse et régulière de la tumeur.

B. *Tumeurs fluctuantes de volume considérable.* — Les tumeurs fluctuantes volumineuses qui peuvent être confondues avec les kystes de l'ovaire siégent dans les parois de l'abdomen, dans la cavité du péritoine, ou dans un des viscères abdominaux.

I. *Hydropisie enkystée des parois de l'abdomen.* — C'est une affection rare et que peu de chirurgiens ont rencontrée. En cas de doute, Récamier conseillait de faire déprimer, avec le bord cubital des deux mains, la ligne médiane du ventre, et de chercher à sentir la fluctuation d'un côté à l'autre. Elle ne sera pas perçue si l'on a affaire à une hydropisie enkystée des parois de l'abdomen.

II. *Ascite.* — Le diagnostic de l'ascite et des kystes fluctuants de l'ovaire est devenu banal depuis les recherches de MM. les professeurs Velpeau, Rostan et Piorry. Aussi ne ferai-je que le rappeler rapidement.

Dans l'ascite, le liquide se déplace quand la malade change de position, le ventre proémine pendant la station verticale, et ce gonflement

Digitized by Google

se porte vers les flancs dans le décubitus dorsal. Dans l'ascite, sonorité à la percussion, à l'épigastre et à l'ombilic; matité dans les flancs. Dans le kyste ovarique, sonorité dans le flanc (Rostan). Ce caractère peut cependant faire défaut dans trois circonstances (Piorry, *loc. cit.*, p. 608) :

1° Lorsque les intestins ne sont pas distendus par des gaz; 2° quand la collection de liquide est très considérable; 3° quand des anses intestinales se sont interposées entre les parois abdominales et la tumeur de l'ovaire.

Dans l'ascite, le son est moins mat (Piorry) et la fluctuation plus franche et plus superficielle (Cruveilhier). Ai-je enfin besoin de rappeler que l'ascite étant habituellement symptomatique d'une affection sérieuse du sang, des gros vaisseaux ou des viscères abdominaux, est précédée ou s'accompagne rapidement d'un état général inquiétant, ce qui n'a généralement pas lieu pour les kystes fluctuants de l'ovaire, comme l'a observé M. Velpeau.

III. *Tumeurs fluctuantes du foie, de la rate et des reins.* — L'erreur semble difficile, et cependant elle a été commise. De Haen rapporte l'histoire d'un kyste du foie, qui fut pris pour un kyste de l'ovaire.

M. Ripault signale une erreur semblable dans un cas de kyste du rein, et M. Tavignot dans un cas de kyste de la rate.

Il me semble qu'en pareille circonstance le diagnostic doit reposer sur l'étude attentive des commémoratifs, du développement, et surtout des symptômes concomitants.

Pour terminer ce chapitre, je n'ajouterai plus qu'un mot.

Lorsqu'on observe une tumeur abdominale chez une jeune fille, qui n'est pas encore menstruée, l'on ne doit pas songer aux kystes ovariques. Le fait de M. Gibert, rapporté plus haut, est une exception et il manque de détails. A cet âge, il s'agit presque toujours ou d'une tumeur cancéreuse (fait de M. Goupil), ou d'un abcès par congestion, ou d'une ascite. La marche de la tumeur, les symptômes de voisinage ou les symptômes généraux éclaireront le diagnostic. Quand aux kystes fœtaux, ils se développent surtout au moment où l'ovaire devient le siége d'un travail physiologique. En tout cas, ils marcheraient lentement, et ne donneraient lieu qu'à des symptômes locaux, pendant un temps assez long pour que le médecin puisse arriver à en supposer l'existence.

Digitized by Google

CHAPITRE III. — Étiologie.

La question proposée par l'Académie laisse de côté l'étiologie. Elle demande, en effet, l'étude anatomique des kystes ovariques, avec ses conséquences au point de vue du diagnostic et du traitement. Or, si j'ai insisté sur les caractères symptomatologiques des tumeurs enkystées de l'ovaire, c'est que ce chapitre était indispensable pour traiter avec détail le diagnostic de ces altérations.

Les auteurs que j'ai consultés, les observations que j'ai méditées avec soin, au point de vue de l'étiologie des kystes ovariques, ne m'ont fourni aucune indication importante, soit pour le traitement, soit pour la prophylaxie de ces tumeurs. Aussi est-ce bien plutôt pour rendre aussi complète que possible leur histoire, que je consacre quelques lignes à leur étiologie.

Si l'on en excepte les kystes fœtaux (par inclusion), les tumeurs enkystées de l'ovaire sont excessivement rares avant l'époque de la menstruation. M. Cruveilhier a cité trois cas de kystes ovariques avant dix-sept ans. C'est de dix-sept à quarante ans que ces tumeurs se développent. Delpech ne cite qu'un seul cas après quarante ans. On les rencontre chez les jeunes filles encore vierges, comme chez les femmes mariées ; chez les femmes stériles, comme chez les femmes qui ont eu des enfants. Aucune statistique ne nous apprend dans quelle proportion ces tumeurs se développent à ces diverses périodes de la vie ; si je m'en rapportais à ma jeune expérience, je dirais que ces tumeurs se montrent surtout chez les vierges et chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants.

J'ai vu, trois fois, deux sœurs qui offraient des kystes ovariques. Loin de moi la pensée d'écrire que l'hérédité joue un grand rôle dans la production de ces kystes, mais les faits que j'ai observés sont curieux, et dignes d'être rapprochés. Je les signale, je les enregistre sans en tirer de conséquence pour le moment.

La grossesse ne me paraît pas exercer une influence sur la production de ces kystes. S'ils se montrent parfois après l'accouchement, c'est que, bien souvent, enrayés dans leur marche par le travail de la grossesse,

Digitized by Google

ils ont pris tout à coup un accroissement plus rapide tandis qu'ils avaient pu jusque-là passer inaperçus.

Les observations que j'ai consultées ne m'apprennent rien non plus sous le rapport de l'influence du climat, de la position sociale, etc.

Quelques auteurs ont prétendu que les kystes de l'ovaire avaient surtout pour point de départ le travail physiologique qui a lieu dans les vésicules de de Graaf. Cette opinion peut être soutenue; l'esprit l'accepte assez facilement, mais elle ne repose sur aucun fait anatomique bien observé.

Comme on le voit, chaque fois qu'on entre dans la recherche des causes d'une maladie, on est le plus souvent réduit à discuter dans le vague. Cette proposition est surtout vraie pour les tumeurs ovariques. J'ai esquissé, à grands traits, les diverses opinions fournies par les auteurs. Je ne m'y arrêterai pas plus longtemps, pour aborder tout de suite un des chapitres les plus importants de l'étude des kystes de l'ovaire.

CHAPITRE IV. — Pronostic et traitement.

I. — *Pronostic.*

Ces deux questions sont intimement liées entre elles. Le pronostic est au traitement ce que l'étude des symptômes est au diagnostic. Inscrire à côté de chacune des variétés des kystes de l'ovaire, le pronostic qu'elle porte avec elle, c'est déjà jeter les premiers jalons, les jalons essentiels pour les indications thérapeutiques qu'elle réclame. Je vais donc essayer, avant d'aborder le traitement, de résumer aussi clairement, aussi brièvement que possible, tout ce qui a été écrit dans les livres, tout ce qui a été dit devant l'Académie sur ce sujet. J'ai, du reste, déjà posé les premiers fondements de cette étude, en parlant de la terminaison des kystes de l'ovaire.

Les kystes de l'ovaire constituent une *maladie très grave.* On peut dire, il est vrai, avec M. Trousseau (1), que certains kystes de l'ovaire ne constituent ni une maladie, ni même une infirmité. Mais c'est pour les kystes d'un petit volume, et notamment pour les kystes des femmes âgées que cette proposition est acceptable. C'est, du reste, dans ce sens que M. le professeur Trousseau l'a émise devant l'Académie. — Si,

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXII, p. 49.

Digitized by Google

enfin, certains kystes, chez les femmes de vingt-cinq à quarante ans, ont pu rester stationnaires et même diminuer de volume; ces faits sont excessivement rares, tellement rares, que je puis dire, avec les orateurs qui ont si bien traité cette question devant l'Académie : « Si l'art n'in- » tervient pas, le kyste de l'ovaire doit nécessairement faire périr la » malade qui en est atteinte, dans un espace de temps assez court » (six à dix ans au plus).

Les kystes de l'ovaire, au point de vue de leur pronostic, doivent être rangés en plusieurs classes :

Les uns sont réputés *incurables* (kystes aréolaires, vésiculaires, contenant des masses cancéreuses, etc. — Cruveilhier). Ces kystes, si l'on en excepte les derniers, se développent lentement et pour acquérir un volume tel que, par leur présence, ils compromettent la vie; il leur faut, s'il ne survient aucune complication, un temps assez long (dix, douze, quinze ans).

D'autres offrent aussi une *gravité presque aussi grande* que les précédents. Tels sont les kystes gélatineux, les kystes multiloculaires, dont toutes les poches sont petites, distinctes, ne communiquant pas entre elles et se rapprochant, par conséquent, des kystes aréolaires ou vésiculaires; mais nous verrons qu'il ne faut pas toujours désespérer de les guérir.

Ces deux classes de kystes, pour les premiers surtout, sont très dangereuses, presque toujours mortelles. La plupart ne peuvent être soumis à aucun des moyens *généralement employés en France* pour en obtenir la guérison.

Les kystes *purulents* déterminent la mort très promptement, si aucune opération ne vient enrayer leur évolution.

Les *kystes à parois épaisses* sont graves, parce qu'ils reviennent plus difficilement sur eux-mêmes et résistent aux moyens de guérison mis en usage.

Les *kystes séreux uniloculaires* sont fatalement mortels, comme les précédents, si l'art n'intervient pas; mais de tous les kystes de l'ovaire, ceux-ci offrent le plus de chances de guérison. Ajoutons qu'ils sont les plus fréquents.

Les diverses opérations proposées pour tenter la cure radicale ou palliative de ces tumeurs sont plus ou moins graves. Nous verrons plus tard la valeur relative de chacune d'elles.

Digitized by Google

M. Moreau a rencontré plusieurs exemples de grossesse compliquée de kyste ovarique, même assez volumineux pour entraver le travail de l'accouchement et dans lesquels la grossesse a suivi néanmoins régulièrement ses diverses périodes; cependant, d'une manière générale, on peut dire que la tumeur ovarique gêne le développement de l'utérus chargé du produit de la conception, et devient une cause d'avortement; dans un cas semblable, M. Cazeaux a vu survenir un avortement à cinq mois et demi; Ashwell insiste, avec raison, sur la présence de ces kystes comme cause d'avortement.

L'*âge*, l'*état général* des malades, les circonstances qui accompagnent l'évolution du kyste, jouent un grand rôle dans l'appréciation de la gravité du pronostic.

Ainsi la tumeur ovarique se développe plus rapidement chez les femmes jeunes que chez les femmes qui ont dépassé l'âge de la ménopause. Elle est partant plus redoutable chez les premières que chez les secondes.

Les femmes atteintes de kystes ovariques supporteront plus facilement les opérations que peuvent réclamer ces tumeurs, si la tumeur n'est pas très volumineuse, si l'état général est satisfaisant, si les fonctions nutritives s'accomplissent régulièrement.

Un kyste volumineux, un kyste développé chez une femme dont les parois abdominales sont résistantes, un kyste, par conséquent, qui exerce une compression sur les organes abdominaux, digestifs ou circulatoires, voire même sur les organes respiratoires, est promptement mortel (un à trois ans au plus).

Ces propositions générales sur le pronostic des kystes ovariques seront plus nettement définies, à mesure que nous passerons en revue les diverses méthodes de traitement auxquelles on a eu recours pour ces tumeurs. Cependant l'on peut, dès à présent, résumer en peu de mots ce que nous venons d'écrire :

Un kyste petit passe souvent inaperçu et n'offre aucun danger pour la vie des malades, s'il reste stationnaire.

Ces kystes petits tendent presque constamment à se développer.

En général, un kyste ovarique est promptement et fatalement mortel.

Il en est quelques-uns pour lesquels le chirurgien ne peut pas tem-

Digitized by Google

poriser, même quand ils n'ont qu'un volume encore médiocre (kystes purulents).

D'autres sont classés par les auteurs parmi les tumeurs incurables (kystes aréolaires vésiculaires, multiloculaires, à loges distinctes et petites, à liquide gélatineux).

Parmi ceux-ci, il en est qu'il ne faut pas fatalement marquer au coin de l'incurabilité.

D'autres enfin sont tout à fait, jusqu'à ce jour, au-dessus des ressources de la chirurgie (kystes à parois contenant des masses cancéreuses, etc.).

II. — *Traitement.*

Avec un pareil bilan, il est important de rechercher quels moyens ont été proposés pour tenter la guérison de ces tumeurs. La mémorable discussion ouverte devant l'Académie, a rendu ma tâche bien facile, et je vais marcher résolûment dans ce chapitre, appuyé sur nos maîtres qui sont venus à la tribune exposer le résultat de leur carrière chirurgicale.

Je passerai successivement en revue :

1° Les diverses méthodes de traitement qui ont été proposées, la valeur relative de chacune d'elles ;

2° J'insisterai d'une manière toute spéciale sur les injections iodées.

Le traitement des kystes de l'ovaire peut être *médical* ou *chirurgical*. Le traitement chirurgical lui-même se divise en traitement *palliatif* et *curatif*.

A. — Traitement médical.

« La vie des kystes de l'ovaire est tellement parasitaire qu'ils res-
» tent complétement étrangers à tous les grands mouvements organi-
» ques et vitaux qui se passent dans l'économie. Et tandis qu'un traite-
» ment médical peut être employé avec avantage et souvent avec succès
» contre les hydropisies des membranes séreuses, les hydropisies en-
» kystées sont complétement réfractaires à toutes les médications diri-
» gées sur les grandes voies d'élimination de l'économie. Le choléra
» lui-même, que nous avons vu faire disparaître en quelques heures les
» hydropisies des membranes séreuses, n'exercerait aucune action sur

Digitized by Google

» l'hydropisie ovarienne. Aucun traitement médical ne saurait donc être » institué contre les kystes de l'ovaire. On a vu les drastiques les plus » violents employés avec autant de persévérance que de témérité par » des empiriques, qui, dans leur ignorance, confondaient les hydropi- » sies enkystées de l'ovaire avec les hydropisies ascites ; on a vu, dis-je, » ces drastiques produire des évacuations alvines les plus immodérées » au point d'altérer profondément la santé générale, sans avoir aucun » retentissement sur le kyste lui-même.

» Ainsi, comme l'a bien dit M. Trousseau, point de traitement » médical pour les kystes de l'ovaire, lésion locale tout à fait indépen- » dante de l'état général et qui n'exige, par conséquent, qu'un traite- » ment local ou chirurgical (1). »

Je crois que cette opinion est trop radicale. M. Trousseau n'a pas rejeté d'une manière absolue le traitement médical; il a insisté sur son inefficacité trop fréquente. Il n'a pas voulu que les médecins perdissent en tentatives souvent infructueuses, un temps précieux. Mais quand la maladie porte avec elle un pronostic malheureusement trop certain, on doit s'adresser aux moyens que la médecine met à notre disposition, et donner aux malades la dernière ressource qu'elle peut offrir. Est-ce à dire qu'à l'avance on peut prévoir que ces moyens ne produiront rien? Encore une fois, je pense que M. Cruveilhier a été trop loin dans le jugement qu'il a porté sur le traitement médical. Il a cité lui-même, et j'ai rapporté le fait dans la première partie de ce travail, un cas où le kyste s'est atrophié. « Les kystes de l'ovaire, dit-il, ne tiennent que » par un pédicule fort étroit et l'on se demande quels agents pourraient » en opérer la résorption. » Mais, avec M. Velpeau, je puis répondre : Les agents qui ont produit l'exhalation, peuvent bien produire la résorption du contenu de ces tumeurs. M. Cazeaux, dans sa remarquable communication, cite plusieurs cas de guérison à la suite d'un traitement médical (2).

M. Rayer a guéri un kyste ovarique par l'emploi des iodiques à l'intérieur et à l'extérieur. M. Herpin (*Union médicale*) a obtenu une guérison par les sudorifiques. Six ans après ce traitement, le kyste n'avait

(1) Cruveilhier, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1856, t. XXII, p. 85.
(2) Cazeaux, *Bulletin de l'Académie*, t. XXII, p. 163.

Digitized by Google

pas reparu. Delpech essaya plusieurs fois les effets d'un régime débilitant. Il semble qu'il a obtenu un succès, mais il ne dit pas s'il s'est maintenu.

Oui, il faut avoir recours à un traitement médical, pharmaceutique, quand c'est la seule ressource qu'on puisse offrir aux malades, et surtout il ne faut pas le laisser de côté quand on a déjà eu recours à une ponction pour vider la tumeur. Le traitement médical doit venir alors au secours, à l'appui du traitement chirurgical. On a cité bon nombre de guérisons survenues à la suite d'une simple ponction de la tumeur, mais le plus souvent, on avait soumis les malades à un traitement médical bien dirigé et dans lequel on s'adressait surtout aux voies digestives et urinaires.

M. Cazeaux a cité un fait que je puis invoquer ici : Guérison d'un kyste ovarique à la suite d'une ponction, de l'usage des bains de mer et de la gomme gutte à l'intérieur, par Lalesque de la Teste.

Parmi les moyens qui ont été employés, et ils sont nombreux, les uns s'adressent aux grandes voies d'élimination (les purgatifs, les drastiques, les diurétiques, les sudorifiques, etc.); d'autres modifient d'une manière persistante la nature du sang et des tumeurs et rentrent dans la médication altérante : tels sont les mercuriaux tant vantés par Braker-Brown, et les *fondants* iodiques, l'iodure de potassium à l'intérieur, à la dose de 0,50 centigr. à 2, 4, 6, 10 grammes et plus, les badigeonnages avec la teinture d'iode, etc. D'autres enfin constituent les agents principaux de la révulsion. Je veux parler ici du vésicatoire volant, large et appliqué sur le ventre, toutes les trois, quatre ou cinq semaines. Ce moyen énergique, souvent employé par M. Velpeau, a donné, dans les affections chroniques du ventre, de très beaux résultats.

Pour formuler en quelques mots toute ma pensée sur le traitement médical, je puis dire : Les cas de guérison sont excessivement rares, mais l'on peut rencontrer encore un de ces cas heureux que j'ai enregistrés. Aussi, toutes les fois qu'on a affaire à un kyste que l'on ne peut pas soumettre à l'un des modes de traitement que nous allons tout à l'heure passer en revue, toutes les fois qu'après une ponction, on ne croit pas devoir recourir à une injection iodée, on peut instituer le traitement suivant : Compression méthodique de l'abdomen et partant du kyste ; iodure de potassium à l'intérieur ; purgatifs souvent répétés ;

Digitized by Google

larges vésicatoires volants appliqués tous les mois environ ; frictions avec une pommade résolutive, à l'iodure de plomb, à l'iodure de potassium, etc., diurétiques, etc. A toutes ces prescriptions, on peut ajouter aussi l'usage des bains de mer, quelquefois des mercuriaux, des sudorifiques, suivant l'âge, la force, la constitution des malades.

B. — Traitement chirurgical.

Quand la tumeur n'est pas marquée au coin de l'incurabilité, c'est à la chirurgie qu'il faut s'adresser pour le traitement des kystes de l'ovaire. Parmi les moyens proposés, les uns ont seulement pour but de soulager les malades, les autres au contraire sont institués pour tenter une cure radicale et définitive ; de là deux divisions naturelles du traitement : en *palliatif*, et *curatif*.

Traitement palliatif. — Le traitement médical est dans la presque totalité des cas purement palliatif. Je n'y reviendrai pas et je ne parlerai ici que du traitement chirurgical palliatif, c'est-à-dire de la *ponction*.

La ponction peut se pratiquer dans plusieurs conditions bien différentes. Tantôt elle est faite pour achever de fixer le diagnostic (*ponction exploratrice*), tantôt elle a pour effet de vider la tumeur ; ailleurs, elle a pour but de vider le kyste, afin d'en diminuer la capacité par le retrait de ses parois et de préparer l'injection iodée. Même dans ce dernier cas, jusqu'au moment où l'on aura recours à l'injection irritante ou modificatrice, c'est encore une ponction palliative. Mais ce n'est pas le lieu d'insister sur cette dernière opération et nous en reparlerons plus loin. Quant à la ponction exploratrice, elle sera le plus souvent, et elle doit être en même temps palliative ; on vide la tumeur par la ponction qui sert à l'explorer, pour fixer le diagnostic.

La ponction se pratique à l'aide d'un trocart muni d'une canule. Il n'est pas indifférent de choisir tel ou tel trocart. Trop gros, cet instrument fait au kyste une large perforation, qui peut permettre ultérieurement au liquide de s'épancher dans le péritoine ; s'il est trop petit, le liquide s'écoule parfois difficilement, et la poche se vide lentement et incomplétement. A-t-on quelque raison de penser que le contenu de la tumeur est filant, albumineux, il faut prendre un trocart assez gros ; dans le cas contraire, c'est au trocart de moyenne grosseur,

Digitized by Google

du calibre d'une plume d'oie, par exemple, qu'il faut donner la préférence.

Le trocart une fois choisi, voyons rapidement comment il faut procéder à l'opération et quelles précautions il faut employer.

La malade, couchée sur le dos, est approchée le plus possible du bord du lit, et légèrement inclinée sur le côté, de façon à faire proéminer la tumeur. Un aide presse sur la paroi abdominale, et l'opérateur lui-même comprime le ventre immédiatement au-dessus du kyste. Le trocart est enfoncé perpendiculairement dans la tumeur et dans le point le plus déclive, en suivant pour cette ponction les règles tracées pour la paracentèse abdominale. En retirant le poinçon, il est important, surtout pour ces tumeurs, de pousser la canule aussi profondément que possible et de l'enfoncer jusqu'au pavillon. Aussi longtemps que le contenu du kyste s'écoule à l'extérieur, il faut toujours maintenir la canule dans cette position, afin d'éviter que les parois du kyste, en revenant sur elles-mêmes, s'échappent de la canule, et que celle-ci devienne libre dans la cavité péritonéale. Pour favoriser l'écoulement du liquide et en même temps pour empêcher l'entrée de l'air dans la poche ovarique, il faut recommander à un aide de déprimer la paroi abdominale et aider soi-même à cette compression, en cherchant toujours à porter le liquide vers la canule. Si l'on voyait que le kyste cessât de se vider, il faudrait avec précaution introduire par la canule un stylet mousse et l'enfoncer doucement dans la poche. On refoule ainsi les exsudations plastiques, les flocons albumineux qui obstruent la canule. Si le liquide ne s'échappe pas alors, il faut songer que la canule peut avoir quitté les parois de la tumeur, et prendre garde, par des pressions brusques, fortes, intempestives, d'exprimer le contenu du kyste dans le péritoine.

Ces précautions sont encore plus importantes, lorsque après la ponction, l'on se propose de pratiquer une injection irritante.

Si une petite quantité d'air s'est introduite dans la poche, cette complication n'est pas grave. L'air ainsi emprisonné et ne se renouvelant pas, ne constitue pas un de ces accidents tant redoutés des auteurs anciens. Cet air se dissout, se résorbe, disparaît, sans donner lieu à des symptômes alarmants.

Une fois le kyste vidé, compression bien faite du ventre, repos au lit

Digitized by Google

pendant six à huit jours; précautions dans la marche pendant une ou deux semaines. Je sais bien que certaines femmes peuvent, dès le lendemain, se livrer à leurs occupations habituelles, mais nous verrons, dans un instant, que cette opération a parfois été suivie des accidents les plus graves, les plus redoutables, et je ne saurais trop insister pour que l'on prenne toutes les mesures que peut exiger une sage prudence.

Le kyste est vide, mais non pour un long espace de temps. Le liquide se reproduit plus ou moins vite, et au bout de quelques mois, parfois de quelques années (et ce sont les cas les plus heureux), la tumeur a repris ses dimensions normales. Il faut alors revenir et revenir encore à une nouvelle opération, et l'on a pu ainsi, chez certaines femmes, pratiquer vingt, trente, quatre-vingts ponctions et même davantage. M. Moreau a cité une femme qui avait subi cent dix ponctions. Parmi ces malades, il en est qui viennent, comme l'a dit M. Malgaigne, se faire opérer, relèvent leurs jupons, sont ponctionnées, et retournent à leurs occupations habituelles.

A côté de ces ponctions que l'on peut appeler *abdominales*, il faut placer les ponctions par le vagin, *vaginales*. M. Huguier les a vantées dans bon nombre de circonstances, et elles méritent certainement une grande faveur, dans le cas où la tumeur est contenue dans la cavité pelvienne et proémine dans le vagin. Elles sont surtout applicables aux kystes des trompes, aux hématocèles rétro-utérins, etc.

Pour les pratiquer, il faut qu'un aide presse sur la tumeur en déprimant la paroi abdominale, comme s'il voulait la chasser par la vulve. Le doigt indicateur de la main gauche appliqué sur le kyste, sert de guide au trocart que l'opérateur enfonce de la main droite. Le kyste se vide mieux, et cette opération devrait être sans nul doute préférée à la précédente ; mais malheureusement la position du kyste la rend impossible dans le plus grand nombre des cas.

Ces ponctions, ai-je dit, n'offrent le plus souvent aucun danger. Telle était l'opinion générale de la plupart des chirurgiens. La discussion de l'Académie a enfin montré ce qu'il fallait attendre d'une semblable opération.

Les ponctions sont, le plus souvent, innocentes, c'est-à-dire qu'elles déterminent très rarement la mort, immédiatement après qu'elles ont

Digitized by Google

été pratiquées. Mais ces ponctions successives, comme l'a bien fait remarquer M. Pidoux, affaiblissent les malades; le liquide qui se reproduit dans le kyste, absorbe une grande partie des matériaux de la nutrition. On a vu, il est vrai, des femmes vivre pendant quinze, vingt, vingt-cinq ans, soumises aux ponctions successives, mais ces exemples j'oserai les appeler des exceptions. Plus les ponctions sont nombreuses, plus le liquide se reproduit facilement.

En voici un exemple que j'extrais des observations recueillies dans le service de M. Velpeau :

Kyste de l'ovaire. Ponction. — La malade, âgée de soixante-neuf ans, est entrée à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Catherine, le 2 mai 1853. Elle a depuis dix-huit ans un kyste de l'ovaire, qui a été ponctionné déjà quatorze fois. Le ventre est distendu d'une manière considérable; quelques jours après son entrée, une ponction est pratiquée; il sort une quinzaine de litres d'un liquide brunâtre, couleur de café, un peu différent du liquide des kystes de l'ovaire. Cependant, comme cela a déjà eu lieu les autres fois, le liquide ne tarde pas à se reproduire, et au bout d'un mois de séjour dans les salles, la malade sort le 9 juin à peu près dans le même état que le jour de son entrée. Seulement elle s'affaiblit, les fonctions digestives s'accomplissent mal, et plus les ponctions se rapprochent, plus la faiblesse augmente.

Les statistiques fournies par les auteurs sont assez effrayantes. Voici des chiffres donnés par Southam, mais ils feraient prendre une fausse idée de la ponction, si l'on y attachait une trop grande importance. Sur 21 femmes ponctionnées, 4 sont mortes dans les vingt-quatre heures qui ont suivi l'opération; 3 dans le premier mois; 14 avant la fin de la première année. — Lee, sur 36 cas, a compté 3 décès dans les vingt-quatre heures, 6 en quelques jours; 12 en un an (21 morts en un an). C'est déjà plus rassurant. — Kiwisch, sur 64 cas, note 9 morts dans les vingt-quatre heures; 40 et quelques cas en moins d'un an. — Le docteur Fock, dans un travail publié à Berlin, en 1856 (1), en réunissant les faits précédents (Southam, Lee, Kiwisch), et en ajoutant quelques autres exemples, donne les chiffres suivants : Sur 132 cas, 25 morts en quelques heures; 24 en six mois; 22 à la fin de la première année; 21 dès la deuxième année; 11 dans la troisième; par conséquent, 103 cas qui ont été observés, suivis, et

(1) *Sur le traitement chirurgical des kystes ovariques et particulièrement sur l'utilité des injections iodées dans la cure radicale des hydropisies ovariennes.* — Ouvrage cité par le docteur Schnepf.

Digitized by Google

dans lesquels la mort est arrivée très promptement. Encore une fois, ces chiffres sont exagérés. La mortalité sans doute est grande, soit immédiatement, soit dans les années qui suivent la première ponction, mais les auteurs précédents ont négligé de compter les cas plus heureux, à côté de ceux qu'ils ont enregistrés, et l'on peut dire, avec le docteur Atlee, que les malades atteintes de tumeurs enkystées de l'ovaire, vivent plus longtemps quand les kystes ont été ponctionnés, que quand ces tumeurs sont abandonnées à elles-mêmes. Sur 310 ou 312 ponctions qu'il a pratiquées, M. Velpeau a suivi un assez bon nombre de malades. Celles-ci ont vécu en général de six à dix-huit ans. L'une d'entre elles, ponctionnée 38 fois, a vécu quatorze ans à partir de la première opération.

La ponction n'est qu'un moyen palliatif opposé aux dangers des tumeurs ovariennes. Ne lui demandons que ce qu'elle peut donner : prolonger les jours des malades et leur rendre la vie supportable. Ce résultat, elle nous le fournit; et même dans quelques cas fort rares, fort exceptionnels, cette simple opération a été suivie d'une guérison radicale et définitive. Le fait suivant est sans contredit le plus curieux que l'on puisse rapporter. L'opération a été pratiquée sur la femme d'un médecin que j'ai revue en 1855, et qui habite le midi de la France. La guérison s'était maintenue depuis 1847. Voici ce fait en quelques mots :

En 1847 ou 1848, MM. Velpeau, Nélaton et Récamier furent appelés en consultation auprès de cette dame, âgée de cinquante ans environ. Elle portait un kyste ovarique dont les parois étaient assez tendues, et entourées de bosselures dures, fibreuses, paraissant faire partie de la poche. Après discussion, il fut décidé que l'on pratiquerait une ponction simple, palliative. On fit sortir par la ponction quinze à seize litres d'un liquide séreux, limpide. A la suite de cette ponction, le kyste devint le siége d'une inflammation modérée, qui eut pour conséquence d'amener la disparition de cette poche.

M. Robert a aussi obtenu un succès à la suite d'une simple ponction ; mais M. Robert pense qu'il a eu affaire, dans ce cas, à un kyste hydatique. Or, je me suis expliqué, dans la première partie de ce travail, sur ces prétendus kystes hydatiques de l'ovaire, et rien ne prouve qu'il en existe dans cet organe. Citons encore un fait de M. Roux, un fait de

Digitized by Google

M. Huguier, en 1853. M. Huguier a revu la malade en 1856 et la guérison s'était maintenue. MM. Velpeau, Trousseau, Jobert ont aussi obtenu de pareils succès, après la ponction simple plusieurs fois répétée.

Il faut prendre garde de compter trop vite comme un succès une reproduction lente du liquide d'un kyste ponctionné. Tel kyste paraît guéri pendant six mois, un an et plus, qui se reproduit plus tard. Mais tout en faisant ces réserves, je suis convaincu qu'il existe dans la science des cas de guérison définitive après une seule ou plusieurs ponctions simples. Ainsi le fait que j'ai rapporté tout à l'heure, ainsi le fait de M. Huguier, ainsi le fait de M. Roux, constaté par M. Moreau, ne laissent, je crois, rien à désirer.

Et puisque je parle de récidive, qu'il me soit permis de donner toute ma pensée. Il est des cas dans lesquels on parle de récidive, et qui sont dus au contraire au développement d'une tumeur voisine. Ainsi, dans un kyste multiloculaire il n'est pas rare de voir une poche volumineuse à côté de poches plus petites, rudimentaires. Le grand kyste absorbe toute la force nutritive des kystes voisins. Mais que l'on vienne à opérer cette poche principale, si elle disparaît, les autres commencent à s'accroître et à se développer à leur tour. Il n'est pas facile, dans le plus grand nombre des cas, de contester l'existence de ces poches multiples. Dans un fait cité précédemment, et opéré par M. Velpeau, ce n'est qu'après avoir vidé une première poche qu'on put constater l'existence d'une loge voisine, pleine de liquide. Si ce kyste eût été plus petit, il eût pu passer inaperçu et se développer ultérieurement. Je pense donc que, dans bon nombre de circonstances, quand un kyste est resté guéri pendant une période de temps assez longue, un an, par exemple, s'il se manifeste un autre kyste, ce n'est pas une récidive, mais plutôt le développement d'une poche d'une tumeur multiloculaire.

Mais revenons à la ponction palliative. A côté de ces cas heureux, le revers de la médaille.

Si cette opération a pu, dans quelques cas très exceptionnels, amener une guérison définitive, elle a été quelquefois, et plus souvent, suivie d'accidents promptement mortels. J'ai déjà signalé plusieurs de ces faits malheureux dans les statistiques précédentes. Je pourrais en citer d'autres encore.

M. Velpeau, après avoir pratiqué plus de deux cents ponctions sans

Digitized by Google

observer une seule fois ces accidents redoutables, a vu, presque dans la même année, quatre malades succomber après une simple ponction, faite avec toutes les précautions possibles. J'ai rapporté, dans la première partie de ce travail, une de ces observations. Depuis cette époque, M. Velpeau a fait encore un grand nombre d'opérations. Le résumé de la pratique de notre maître est à peu près quatre morts sur trois cent dix ou douze ponctions.

M. Cruveilhier a relaté, dans son *Traité d'anatomie pathologique*, deux cas de ponction suivie promptement d'accidents mortels.

MM. Jobert, Huguier, Robert, etc., n'ont pas rencontré de faits semblables dans leur pratique.

Assez souvent, dans ces opérations, il s'agissait de kystes albumineux, contenant un liquide filant. Un des faits de M. Cruveilhier porte avec lui de précieux enseignements. Il ne faut pas que le trocart ait un calibre trop considérable ; il ne faut pas, quand le liquide ne sort pas par la canule, pratiquer dans la tumeur des injections d'eau tiède, pour essayer de dissoudre le liquide. Les manœuvres difficiles, longtemps continuées, sont dangereuses dans beaucoup de circonstances.

Mais si dans quelques cas on a pu expliquer par des manœuvres dangereuses la mort qui a suivi promptement une simple ponction, assez souvent ces faits restent inexplicables. On ne trouve à l'autopsie rien dans le péritoine, dans le kyste, qui puisse expliquer cette fatale terminaison. Cette proposition paraîtra moins hasardée en présence des deux faits suivants, bizarres, surprenants, j'oserai dire *merveilleux :*

Une femme couchée salle Sainte-Catherine, service de M. Velpeau, devait subir une ponction pour un kyste de l'ovaire. Au moment de la pratiquer, M. Velpeau remarque un peu d'agitation chez la malade, un peu de fièvre ; il remet la ponction à un autre jour. Quelques heures après, douleurs violentes dans le ventre, pouls petit, face grippée, etc. — Mort dans la journée.

M. Nélaton a observé un fait semblable chez une malade qu'il avait déjà ponctionnée quelques mois auparavant, et qu'il devait ponctionner encore. La malade mourut le jour où devait être pratiquée cette opération.

Ces morts brusques et effrayantes n'arrivent pas seulement à la suite d'une première ponction, et je puis rappeler ici un fait de Delpech,

Digitized by Google

cité par M. Jobert. Il s'agit d'une femme de quarante ans, qui a subi quatorze ponctions, et qui a succombé rapidement après la dernière.

Rapprochons de ces faits malheureux plusieurs variétés d'accidents qui peuvent survenir aussi à la suite de la simple ponction d'une tumeur enkystée de l'ovaire. Je me bornerai à indiquer l'inflammation du kyste, les ruptures qui se produisent plusieurs semaines et même plusieurs mois après l'opération : je rappellerai ces complications dans le court chapitre consacré au traitement des accidents qui peuvent survenir après les opérations.

Les hémorrhagies sont rares après la ponction, et cela se comprend aisément, si l'on n'a pas oublié ce que j'ai dit dans la première partie de ce travail sur la structure de ces tumeurs. Mais il est une variété d'hémorrhagie qui doit nous arrêter un instant : une petite digression fera bien comprendre ma pensée.

A la suite de la ponction d'un kyste séro-hématique du corps thyroïde, on a parfois vu sortir par la canule, au moment où la poche était presque vidée, du sang pur et en quantité considérable, et on pourrait quelquefois croire que le trocart a traversé un vaisseau volumineux. Le sang ne s'arrête point tant que la canule est en place. La première fois que M. Velpeau a été témoin de ce fait, grande fut sa surprise; mais, la canule retirée, la poche se remplit et il ne survint aucun accident. M. Velpeau a observé et signalé plusieurs fois ce fait singulier. J'ai aussi entendu M. Nélaton insister sur cette hémorrhagie après la ponction des kystes thyroïdiens. Il semble que le sang pleut dans cette poche.

Or, ce fait a été observé aussi dans quelques ponctions de kystes de l'ovaire, et un interne distingué des hôpitaux m'a raconté un de ces faits dans lesquels une poche ovarique a été soumise à cette pluie de sang. L'hémorrhagie fut abondante; la canule fut retirée; la femme était très faible; du sang s'échappa dans le péritoine, et la malade mourut. A l'autopsie, on ne trouva aucun vaisseau blessé, aucune bouche vasculaire béante dans le kyste, qui était à moitié rempli de sang pur. Il semble que les capillaires, habitués à la tension du kyste, laissent suinter le sang quand cette pression, quand cette tension disparaît. Dans ces cas, il faut, comme pour les kystes thyroïdiens, se hâter de

Digitized by Google

retirer la canule aussitôt que l'on voit s'écouler du sang pur, et avant que la quantité de sang écoulé soit considérable.

J'ai envisagé la ponction palliative sous tous ses points de vue; j'ai insisté sur sa valeur relative et sur sa valeur absolue, sur les dangers qu'elle peut offrir; résumons maintenant en quelques mots ce qui vient d'être dit.

Frank appelait la ponction d'un kyste ovarique une consolation pour la malade (*solatium*); mais si la ponction n'est que palliative, du moins elle a souvent pour avantage, et de rendre la vie supportable, et aussi de prolonger les jours des malades. Elle peut donner lieu à des accidents plus ou moins promptement mortels; mais ces faits sont heureusement exceptionnels. Elle a pu, dans quelques cas très rares, suffire pour déterminer une guérison définitive.

La ponction palliative doit être conservée; mais je pense, et j'insisterai sur ce point dans un chapitre suivant, qu'elle doit être employée seulement dans les cas où il n'est pas possible de songer à une cure radicale du kyste de l'ovaire. Elle doit être conservée, mais elle ne doit plus aujourd'hui dominer, comme elle l'a fait trop longtemps, la thérapeutique des tumeurs ovariennes. Elle prolonge souvent de quelques années la vie des malades, et elle présente, dans certains cas, presque autant de dangers que la ponction curative, c'est-à-dire suivie de l'injection d'un liquide irritant.

Voyons maintenant dans quelles circonstances elle doit être appliquée.

— Pour les kystes multiloculaires, quand il existe un grand nombre de poches petites, mais que l'on peut vider par des ponctions successives. Je fais encore ici quelques réserves, et j'essayerai de les justifier en parlant des injections iodées.

— Pour les kystes composés, c'est-à-dire coïncidant avec l'existence de tumeurs diverses, alors que le kyste détermine des accidents graves dans la nutrition, la circulation, la respiration.

— Pour les kystes compliqués d'accidents graves, tels qu'une rétention des matières fécales, etc. M. Cruveilhier a rapporté l'exemple d'une malade pour laquelle il a été appelé à Amiens, et qui a succombé dans ces circonstances. M. Cruveilhier dit, en parlant de ce fait, qu'il n'hésiterait pas, dans un cas pareil, à pratiquer la ponction du kyste. La

Digitized by Google

ponction est, en effet, le seul remède capable de prolonger les jours de la malade.

— Pour les kystes ovariques coïncidant avec une grossesse, et dont la présence gêne le développement de l'utérus, donne lieu à des prodromes de fausses-couches, ou même entrave le travail de l'accouchement.

— Pour les kystes volumineux qui ont déterminé une détérioration profonde de l'organisme, en attendant que l'on puisse, si c'est possible, recourir à un autre traitement.

— Pour les kystes, en un mot, qui menacent les jours de la malade par leur développement, par leurs complications.

— Pour les kystes kématiques ; et dans ce cas, si le kyste n'est pas trop ancien, s'il n'y a aucune fausse membrane, aucun dépôt fibrineux, la ponction suffit parfois pour changer la nature du liquide et transformer un kyste sanguin en un kyste séreux.

— En tout cas, il ne faut pas retarder trop longtemps une ponction que l'on doit pratiquer. Plus le kyste est volumineux, plus grande est la débilité de la malade, plus dangereuses sont les suites de l'opération.

— La ponction palliative ne produira aucun résultat favorable dans les kystes purulents ; il faut une autre thérapeutique. Nous y reviendrons plus loin.

— Les kystes à liquide épais, filant, doivent-ils être soumis à la ponction palliative ? J'ai insisté, dans la première partie de ce travail, sur deux faits importants au point de vue du traitement des tumeurs qui nous occupent. Le liquide des kystes séreux, a dit M. Cruveilhier, ne revêt point, à la suite d'une ou plusieurs ponctions, les caractères du contenu des kystes gélatineux, *mais celui-ci peut devenir séreux*. M. Velpeau a aussi insisté sur ce fait d'une immense valeur. Si cette seconde proposition était vraie, si elle était confirmée par de rigoureuses observations, si elle n'était pas donnée sous forme d'assertion pure et simple, il y aurait au moins quelque espoir d'arriver à guérir ces kystes, le plus ordinairement incurables, par les injections iodiques. Aussi je n'hésite pas à conseiller de ponctionner les kystes gélatineux. On rejettera, bien entendu, les injections d'eau tiède, pour délayer le liquide qu'ils renferment ; et on pratiquera une ponction simple, avec un trocart d'un calibre moyen. S'il sort quelques cuillerées de

Digitized by Google

liquide, peut-être surviendra-t-il une modification dans les parois et partant dans la sécrétion de la poche ovarienne. On reviendrait plus tard à une seconde ponction, à des ponctions successives, en s'entourant de toutes les précautions commandées par la prudence, pour éviter les accidents redoutables dont j'ai parlé. Parmi ces kystes dont le contenu est épais, filant, comme gélatineux, il en est qui se vident assez bien, mais lentement. Pour ceux-ci je prescrirais encore, *et surtout* la ponction, et même lorsque la poche sera bien vidée, des lavages, soit avec une sonde ordinaire, soit avec une sonde à double courant.

— Quant aux kystes séreux, uniloculaires, à moins d'une indication formelle résultant de l'âge, de l'état général, des complications de voisinage, je pense que la ponction palliative ne doit être considérée que comme le premier temps d'une autre opération.

Je ne puis trop le répéter, cette ponction palliative ne fait ordinairement que prolonger les jours des malades. La discussion académique a déjà élargi le cercle des opérations curatives et j'espère que l'on arrivera à effacer encore dans bien des cas l'épithète d'*incurable* qui est malheureusement inscrite sur un trop grand nombre de ces tumeurs.

Traitement curatif. — Après les moyens palliatifs fournis par l'arsenal thérapeutique ou par la chirurgie, occupons-nous du traitement curatif, du traitement institué pour tenter une guérison radicale et définitive. Les moyens qui ont été proposés sont nombreux, car de tout temps cette importante question a excité les méditations des médecins.

Toutes les ressources de la chirurgie, tous les procédés opératoires que l'on a mis en pratique pour la cure radicale des kystes de l'ovaire, peuvent être rapportés à trois *méthodes* principales :

A. Dans la *première*, on cherche à obtenir la suppuration de la tumeur et à la traiter comme un foyer purulent.

B. Dans la *seconde*, on extirpe la tumeur elle-même.

C. Dans la *troisième*, on a pour but de modifier la face interne du kyste et partant d'obtenir la résorption du liquide, une exsudation plastique et l'occlusion de la poche.

Nous allons étudier ces trois méthodes et les procédés qui se rattachent à chacune d'elles.

A. — Parmi les kystes de l'ovaire, quelques-uns, soumis à un

Digitized by Google

travail pathologique, sont devenus purulents. Ces kystes tendent à se créer une issue, soit dans les organes voisins, soit à travers la paroi abdominale. Les chirurgiens ont essayé de provoquer ce travail de suppuration dans toutes les tumeurs enkystées de l'ovaire et de leur créer une ouverture à l'extérieur : plusieurs moyens ont été proposés pour arriver à ce résultat.

1° L'*incision*, conseillée par Ledran, dans la première moitié du XVIII^e^ siècle, a été aussi vantée par Morand, Delaporte, etc. Cette opération, telle que la conseillaient ces chirurgiens, consistait à ouvrir le kyste et à maintenir l'ouverture béante, d'abord à l'aide d'une bande de toile effilée, à laquelle on substituait plus tard une tente, puis une canule, qui offrait une voie libre à l'écoulement du liquide renfermé dans la poche, et qui permettait de faire des injections détersives. Cette incision longitudinale était pratiquée dans le point le plus déclive et le lieu de l'élection variait suivant la position de la tumeur. Elle était surtout indiquée pour les kystes renfermant un liquide épais. Galenzowski modifia cette opération. Il traversa une des parois du kyste avec un fil, qu'il tira fortement, afin de fixer la tumeur près de la plaie de l'abdomen et d'empêcher la matière qui s'en écoulait de tomber dans la cavité péritonéale. La malade traitée par ce procédé ne conservait, au soixante et dixième jour, qu'une petite fistule. On verra plus tard qu'il ne faut jamais compter sur une guérison radicale et définitive tant qu'il reste un trajet fistuleux.

M. Bégin apporta une grande modification à cette opération.

En 1827, Graves, pour le traitement des abcès du foie, donnait le précepte d'inciser la paroi abdominale jusqu'au péritoine et d'attendre, pour ouvrir le foyer, que des adhérences fussent établies entre les deux feuillets de la grande séreuse. En 1830, M. Bégin (1) généralisait ce procédé et posait les mêmes règles pour l'incision de toutes les collections abdominales.

Malgré ces préceptes, ce procédé est généralement abandonné, et l'incision des kystes de l'ovaire ne doit plus être conservée que pour un certain nombre de tumeurs portant avec elles des indications spéciales.

(1) *Mémoire sur l'ouverture des collections purulentes et autres, développées dans l'abdomen.* (*Journal hebdomadaire de médecine*, Paris, 1830, t. I, p. 417.)

Digitized by Google

Je n'hésite pas, pour ma part, à la rejeter d'une manière presque absolue.

Cette opération n'est applicable que dans quelques cas particuliers; ainsi pour les grossesses extra-utérines, tubo-ovariques, les kystes fœtaux, les kystes pileux de l'ovaire, et encore faut-il que ces kystes, par leur développement et les accidents qu'ils déterminent, menacent de se rompre soit à l'extérieur, soit dans le péritoine, soit dans un organe voisin. Quand il sera possible d'ouvrir ces tumeurs par le vagin, cette voie devra toujours être préférée. Ces kystes contiennent des corps étrangers, qui doivent être éliminés, et l'incision seule peut remplir cette indication. A moins que ces tumeurs enflammées ne menacent de s'ouvrir, à moins que les accidents de voisinage ne viennent prouver suffisamment que des adhérences sont établies entre les feuillets du péritoine, il faut suivre le précepte tracé par M. Bégin, ou tout au moins fixer le sac aux lèvres de la plaie, comme l'a fait Galenzowski.

L'incision a été encore pratiquée par les chirurgiens, surtout par les chirurgiens anglais et américains, dans le cas ou des adhérences empêchaient l'extirpation de la tumeur ou l'issue du liquide. Dans ces cas, je la proscris d'une manière absolue. Le docteur Fock n'a enregistré que des insuccès pour les opérations pratiquées dans ces circonstances.

2° *Excision partielle du kyste.* — Cette opération, imaginée pour certains cas dans lesquels des adhérences empêchaient l'extirpation totale de la tumeur, a été érigée en méthode par Wilson et Brown.

Deneux, dans ses *Recherches sur la hernie de l'ovaire*, dit avoir extirpé, chez une femme, une grande partie de l'ovaire et la malade guérit. Dzondi aurait réussi une fois dans une semblable opération. Mais Lizars, Martini et beaucoup d'autres n'auraient eu à enregistrer que des insuccès. En parcourant les statistiques des extirpations totales de l'ovaire, on trouve la relation de quelques faits dans lesquels les chirurgiens n'ont pu parvenir à enlever totalement la tumeur et ont dû abandonner l'opération, après avoir excisé une portion plus ou moins considérable de la poche. Quelques malades ont guéri à la suite de ces tentatives imprudentes et téméraires, mais la plupart ont succombé. Cette opération est sans contredit, plus difficile, plus longue, plus laborieuse, plus grave que l'incision, et elle ne me paraît pas avoir d'avan-

Digitized by Google

tage sur cette dernière, soit pour la durée de la suppuration, soit pour le retrait de la tumeur, soit pour la promptitude de la terminaison ; elle doit être, à mon avis, tout à fait abandonnée.

3° *Canule à demeure.* — Nous touchons à une partie très intéressante de la question : je veux parler des sondes, des canules, des tubes introduits et laissés à demeure, pour le traitement des kystes de l'ovaire. Avant la discussion de l'Académie, ce moyen, si séduisant, était assez généralement accepté par les chirurgiens. Mais il n'a pas tenu tout ce qu'on en attendait et M. Boinet, qui a bien étudié cette question, commençait déjà à y renoncer.

Récamier, pour ouvrir les abcès abdominaux et notamment les collections liquides du foie, avait recommandé de provoquer d'abord des adhérences entre les feuillets (viscéral et pariétal) du péritoine. Pour y parvenir, il avait recours à des applications successives de potasse caustique.

Sur le lieu choisi pour pratiquer l'ouverture de la poche, et dans une étendue bien déterminée à l'avance, on fait une application de potasse; six ou douze heures après, on enlève l'eschare et on applique, dans la plaie, une seconde fois le caustique; six ou douze heures plus tard, troisième application de potasse, après avoir, comme la première fois, enlevé l'eschare. On peut alors laisser l'eschare en place pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, puis on fait une quatrième, puis une cinquième application de caustique, toujours à vingt-quatre ou quarante-huit heures d'intervalle. Au bout de cinq à huit cautérisations, au bout de six à dix jours on a atteint le péritoine. Pour savoir si l'on est près du foyer, il est bon de se servir d'une petite aiguille, d'une aiguille à cataracte par exemple, et de l'enfoncer dans la tumeur. On apprécie, de cette manière, l'épaisseur de tissus qui reste à traverser pour arriver à la poche. On peut, quand on est arrivé sur le sac, se servir, pour lui donner une ouverture suffisante, du bistouri ou mieux d'un trocart. On vide alors la poche et on maintient l'ouverture béante, soit à l'aide de la canule maintenue en place, soit à l'aide d'une sonde de gomme élastique, que l'on substitue à la canule. Il faut rejeter l'usage des sondes de gutta-percha ; elles se brisent facilement, peuvent tomber dans le foyer et constituer un corps étranger, difficile à extraire. On a

Digitized by Google

souvent remplacé ces sondes, ces canules de trocart, par des canules faites spécialement pour ces tumeurs, des canules à double pavillon, dont le pavillon intérieur, quand la canule est introduite, se relève à l'aide d'un mécanisme ingénieux. Ces canules, qui rappellent par leur forme les boutons de chemise, sont faciles à appliquer et surtout très faciles à maintenir en place.

C'est ainsi que l'on procède pour arriver au kyste de l'ovaire, mais que l'on se serve d'une canule ou d'une sonde, ou même du tube-séton, dont nous parlerons tout à l'heure, voyons ce qui va se passer.

La poche se vide, revient peu à peu sur elle-même, diminue de capacité. — Elle s'enflamme : le liquide, qui d'abord était constitué par de la sérosité plus ou moins pure, plus ou moins fluide, se trouble, devient purulent. Le pus, en contact avec l'air, ne tarde pas à s'altérer : il devient noirâtre, fétide, et si l'on abandonnait le foyer à lui-même, les malades ne tarderaient pas à succomber à l'infection putride, à l'épuisement, à l'hectisie.

Pour parer à ces accidents, on a recours à des injections détersives et surtout aux injections iodiques. M. Boinet a surtout bien indiqué les propriétés antiputrides, antiseptiques de l'iode.

Pour faire ces injections, ces lavages du kyste, on pousse à travers la sonde ou la canule, le liquide qu'on veut injecter. Il est bon, dans ces cas, d'introduire dans la sonde ou la canule qui restent en place, une sonde plus petite et plus longue, qui peut pénétrer jusqu'au fond du foyer et par laquelle on pousse l'injection. Le contenu de la poche et le liquide injecté s'échappent alors par la grande canule, et l'on a de cette manière une véritable sonde à double courant (1).

On injecte d'abord de l'eau tiède pour laver l'intérieur du sac et le débarrasser du pus qu'il renferme, ou bien de l'eau de tilleul, ou encore de l'eau légèrement chlorurée. Puis, ce premier lavage terminé, on emploie un mélange de teinture d'iode et d'eau, à peu près dans les proportions suivantes : un tiers de teinture d'iode; deux tiers d'eau, additionnés de quelques grammes d'iodure de potassium. On injecte même quelquefois de la teinture d'iode pure.

(1) M. Mathieu a fabriqué pour moi une sonde à double courant très ingénieuse. C'est un trocart ordinaire, dans la canule duquel on introduit une tige creuse à deux canaux distincts. Cette sonde-trocart à double courant m'a déjà rendu des services.

Digitized by Google

Sous l'influence de ce lavage, la fétidité du pus disparaît en général assez vite. On peut revenir à ces injections tous les jours, mais il me paraît préférable de les pratiquer seulement tous les trois, quatre ou cinq jours. L'injection iodique suffit en effet pour maintenir pendant ce temps les bonnes qualités du pus.

La poche revient sur elle-même, la quantité de pus diminue, et au bout d'un certain temps, assez long il est vrai, qu'on peut évaluer à deux, quatre ou six mois, et même quelquefois davantage, il reste une petite cavité qui fournit chaque jour à peu près une cuillerée de liquide purulent et un trajet fistuleux qui sera très difficile à fermer. Les chirurgiens, autrefois, inscrivaient le mot *guérison* sur les kystes ovariques arrivés à cet état. La discussion académique a montré ce qu'on devait penser de ces résultats heureux. La malade n'est point guérie tant qu'il reste un foyer, quelque petit qu'il soit, et M. Robert nous a cité des exemples qui doivent nous empêcher de trop précipiter notre jugement. M. Thomas avait, dans sa thèse, noté comme guéries des malades qui portaient de ces trajets fistuleux, et que M. Robert a vu succomber six et même dix mois plus tard. Des exemples semblables ont été cités par MM. Huguier, Malgaigne, Cazeaux et Boinet.

Il semble que des adhérences empêchent la poche de se fermer complétement, et, à un moment donné, du pus se forme en plus grande abondance, il devient fétide, ou bien encore la poche se rompt, ou bien l'inflammation se propage à la séreuse péritonéale, et les malades succombent en très peu de temps.

Il suffit de lire les différents discours prononcés à la tribune de l'Académie, pour se convaincre que je n'ai pas été trop loin en disant que les cas de guérison définitive et durable sont très rares, et qu'on ne peut jamais regarder comme guérie une tumeur ovarique qui fournit encore du pus et qui communique à l'intérieur à l'aide d'un trajet fistuleux plus ou moins long. C'est à peine si l'on peut compter dans la science deux ou trois faits de guérison définitive, *rigoureusement observés*.

Jusqu'à présent je n'ai parlé que des cas les plus heureux; mais, avant d'arriver à l'état où nous venons de les voir, les kystes de l'ovaire peuvent donner lieu à une foule d'accidents. Beaucoup de femmes succombent dans les premiers jours, dans les premières semaines ou dans

Digitized by Google

les premiers mois qui suivent l'opération. J'en ai vu mourir ainsi plusieurs à l'hôpital de la Charité.

Je ne possède pas assez d'observations pour donner exactement les chiffres d'une statistique, mais voici ce qui pour moi résulte de ce que j'ai vu et de ce que m'ont appris mes recherches bibliographiques : très peu de succès durables et définitifs, beaucoup de morts dans les premiers temps qui ont suivi l'opération, et quelques faits qui laissent trop à désirer, puisque les malades portent toujours leurs canules.

M. Barth a présenté à l'Académie de médecine une malade qu'il avait opérée d'un kyste de l'ovaire par un procédé ingénieux et très séduisant. Voici ce procédé en quelques mots :

La malade est couchée sur le dos. Une sonde est introduite dans la vessie, pour la vider complétement de l'urine qu'elle pourrait contenir. Cette précaution prise, un aide appuie sur la partie supérieure du kyste, de façon à le faire proéminer en bas et en avant. Sur la partie déclive, on enfonce un trocart courbe jusque dans la poche. Le poinçon est alors retiré et rentré dans la canule. On retourne le trocart de façon que sa courbure, qui tout à l'heure regardait la symphyse pubienne, soit tournée en avant du côté de l'opérateur. On pousse la canule dans la poche et on vient l'appliquer fortement sur la face profonde de la paroi antérieure du kyste, à quelques centimètres au-dessus du point d'entrée. La canule est ainsi maintenue bien appliquée contre la paroi du kyste. On presse alors le poinçon du trocart, qui vient traverser la paroi abdominale. Dans le premier temps de l'opération, on plonge le trocart des parties superficielles vers les parties profondes ; dans le second, des profondes vers les parties superficielles. Quand le trocart a ainsi embroché le kyste et que la canule est ressortie avec le poinçon, on retire le trocart et on laisse la canule à demeure. A travers cette canule, on introduit, à l'aide d'un stylet d'argent recourbé, un tube de caoutchouc vulcanisé et qui porte trois à quatre fenêtres à sa partie moyenne. Quand le tube a traversé la canule, on retire celle-ci, et le tube reste en place. C'est un *séton creux*, un *tube-séton*. Cette opération, généralisée par M. Chassaignac sous le nom pittoresque de *drainage chirurgical*, a rendu de grands services dans une foule de tumeurs purulentes. M. Chassaignac l'avait signalée et mise en pratique pour toute sorte de tumeurs liquides, mais je ne crois pas qu'il l'ait préconisée dans le traitement

Digitized by Google

des kystes de l'ovaire. Ce procédé me paraît donc avoir été employé pour la première fois par M. Barth.

Ce *tube-séton* est facile à appliquer. Le kyste peut se vider petit à petit; les matériaux putrides de la suppuration s'écoulent aisément; le chirurgien peut laver le foyer de la manière la plus simple; des adhérences s'établissent entre la poche et la paroi abdominale, au niveau des trous d'entrée et de sortie, et la tumeur est maintenue dans de bonnes conditions. Cette opération est, au premier abord, très séduisante; plus facile, plus prompte que celle qui a été décrite plus haut (canule, sonde à demeure).

La malade de M. Barth paraissait en bonne voie de guérison quand elle voulut quitter l'hôpital. Elle fit des imprudences, la tumeur se rompit, et cette rupture amena rapidement la mort. J'ai déjà eu occasion de parler plusieurs fois de cette malade dans le cours de ce travail.

Une autre opération semblable à celle-ci fut pratiquée à Vitry, par M. Gosselin. La malade mourut d'infection putride, malgré tous les moyens qu'on mit en usage pour conjurer cette fatale terminaison.

Ce procédé de M. Barth, préférable sans doute à la simple canule à demeure, offre les mêmes inconvénients que cette dernière opération. Or, en s'appuyant sur les faits cités à l'Académie et par M. Boinet, et sur les considérations qui ont été développées tout à l'heure, la canule à demeure ou le tube-séton doivent être rejetés dans le traitement de la plupart, au moins, des kystes ovariques.

Ces divers procédés opératoires ne doivent pas être mis en pratique dans les kystes séreux uni- ou pluriloculaires, dans les kystes gélatineux, dans les kystes composés. Quand un kyste est devenu purulent, on pourrait sans doute songer à le traiter comme un abcès profond, et avoir recours soit au procédé de Récamier, soit au procédé de M. Barth, mais même dans ces cas, il sera le plus souvent préférable de s'adresser à une autre méthode de traitement, dont nous parlerons plus loin. Si je fais quelques restrictions pour ces dernières tumeurs seulement, c'est que les faits que nous possédons et la discussion académique ne me permettent pas encore de proscrire ces opérations d'une manière absolue. Cependant elles sont dangereuses, et surtout elles entretiennent chez les malades, pendant un temps fort long, une cause de mort permanente.

Digitized by Google

B. *Extirpation de la tumeur.* — Cette opération, née en France, a surtout été pratiquée par des chirurgiens anglais et américains.

La première idée de cette opération a été émise par Delaporte. Elle est indiquée par Schlenker en 1722, Willius en 1734, Peyer et Targioni en 1751 et 1752, et elle fut pratiquée pour la première fois en 1781 par Laumonier (de Rouen). L'article de M. Velpeau, dans son *Traité de médecine opératoire*, ne laisse rien à désirer sur ce sujet. En faisant le relevé des opérations consignées dans le livre de M. Velpeau, nous trouvons 24 opérations : 14 succès, 10 morts. Douze fois l'opération fut incomplète et se réduisit soit à une incision, soit à une excision de la tumeur : 8 guérisons, 4 morts. M. le docteur Chereau (*Journal des conn. méd.-chirurg.*, 1844) a réuni 65 cas d'extirpation, 42 succès. M. Giraldès, à la Société de chirurgie, a rapporté une statistique de Robert Lee : 162 cas, 61 morts. Sur 111 cas, ces opérations sont réparties de la manière suivante :

AGE.	OPÉRATIONS.	MORTS.
De 18 à 30 ans.....	40	19
30 à 40	41	13
40 à 50	17	4
50 à 60	13	2

D'après ce tableau, cette opération serait d'autant plus grave qu'on la pratiquerait chez des malades moins avancées en âge.

Le docteur Fock (*loc. cit.*) a rassemblé 292 cas d'extirpation de kystes de l'ovaire, sur lesquels on compterait 120 guérisons, 120 décès et 52 améliorations. Le docteur Fock, et avec raison, reproche aux chirurgiens anglais et américains d'avoir trop facilement entrepris de pareilles opérations avant d'avoir suffisamment établi le diagnostic de la tumeur et de ses complications, puisque 92 fois les chirurgiens Bird, Atlee, Clay ont dû s'arrêter au milieu de l'opération, à cause des adhérences du kyste à l'estomac, au diaphragme, au mésentère, etc., et que sur ces 92 cas ils ont eu 31 morts. D'après le docteur Fock, cette opération donnerait 1 mort sur 3 opérées pour des tumeurs enkystées de l'ovaire, et 1 mort sur 2 pour des tumeurs solides. Il ajoute qu'il faut opérer de bonne heure.

La statistique du docteur Fock a été reproduite par M. Ch. Bernard dans les *Archives de médecine*.

Digitized by Google

M. Velpeau a encore ajouté, dans son remarquable discours à l'Académie, deux autres statistiques. Dans la première, 7 morts sur 13 opérations; dans la seconde, 15 sur 30.

Ces différentes statistiques se copient sans nul doute les unes les autres, mais les résultats sont assez satisfaisants. Si l'on avait publié tous les cas dans lesquels cette opération a été pratiquée, elle mériterait de fixer, de rappeler l'attention des chirurgiens. Aussi j'ai grand'peur qu'elle ne nous fournisse que des données trop incomplètes pour qu'on puisse dès aujourd'hui la peser, la juger et l'admettre, ou la rejeter. On ne la pratique plus en France, et on y a très rarement recours à l'étranger.

Or, en songeant aux résultats de l'opération césarienne, pratiquée à Paris par des hommes qui tiennent, à tous égards, le premier rang dans la science, et en comparant cette opération à l'extirpation des kystes de l'ovaire, il est permis je pense de rejeter, à Paris du moins, cette dernière opération. Mais l'opération césarienne donne assez souvent des succès aux chirurgiens de province, et cette considération a une grande importance. Si jamais on se décidait à revenir à une extirpation de kyste ovarique, je n'hésite pas à dire que ce n'est pas à Paris qu'elle devrait être tentée.

Pour s'y décider, il faut aussi un concours de circonstances morales et physiques difficiles à rencontrer, et bien définies par M. Huguier.

La tumeur ne doit pas être trop volumineuse ni adhérente; elle doit surtout rentrer dans la catégorie des tumeurs inaccessibles aux autres moyens chirurgicaux. Quelle est la malade qui se soumettra à une opération aussi grave, alors que la tumeur ovarique détermine à peine un peu de gêne, et quel est le chirurgien qui osera proposer un moyen de guérison si hardi et si dangereux? Je ne sais si cette opération sera un jour pratiquée en France; je me surprends à l'espérer. Mais il faudrait tout au moins, pour assumer une telle responsabilité, que la malade, vouée à une mort certaine, éclairée sur sa position, et sur les dangers d'une grave opération, demandât au chirurgien sa dernière chance de salut.

Depuis longtemps, dans notre pays, l'extirpation des tumeurs enkystées de l'ovaire est seulement décrite dans les traités de médecine

Digitized by Google

opératoire. Aussi, pour terminer ce chapitre, vais-je en quelques mots rappeler les divers procédés qui ont été proposés.

Mac-Dowell faisait une incision sur la ligne médiane de la paroi abdominale antérieure, qui, commençant à quelques travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoïde, s'arrêtait à quelques centimètres au-dessus de la symphyse pubienne. Les diverses couches de la paroi abdominale sont incisées jusqu'au péritoine. Arrivé à cette membrane, le chirurgien la soulève à l'aide d'une pince, l'incise en dédolant, puis introduit par cette ouverture une sonde cannelée, puis un doigt, de façon à couper le péritoine sans intéresser les intestins. Le kyste est vidé, attiré à l'extérieur, enlevé en totalité. Une ligature étrangle son point d'insertion sur l'ovaire (si on le trouve); suture enchevillée pour réunir la paroi abdominale, et fil laissé à l'angle intérieur de la plaie. — Si des adhérences s'opposent à l'extirpation du kyste, on se borne à l'inciser (A. Smith), à le fixer aux lèvres de la plaie et à le faire suppurer.

Monteggia, pour éviter les grandes incisions du ventre, conseille de ponctionner la tumeur, de la vider, puis d'élargir l'ouverture du trocart. A l'aide d'une pince on attire alors le sac à l'extérieur et on l'extirpe ainsi sans produire de grands délabrements aux parois du ventre. C'est presque une opération sous-cutanée.

Le procédé de Theden est fort ingénieux, mais il ne peut être applicable qu'à un très petit nombre de kystes. Il faut que la tumeur soit libre d'adhérences, même avec le péritoine, et qu'on puisse facilement l'énucléer. Théden fait, dans la région inguinale, une incision courbe qui, partant du milieu du ligament de Poupart, un peu en dehors de l'artère épigastrique, remonte vers l'épigastre, en passant à 4 centimètres de l'épine iliaque antéro-supérieure. On incise les téguments jusqu'au péritoine, puis on décolle cette membrane, comme pour la ligature de l'artère iliaque primitive, et l'on va à la recherche de l'ovaire et du kyste. On décolle cette poche, on la détache sans ouvrir la séreuse abdominale.

Je n'insisterai pas davantage sur cette opération, décrite dans tous les livres classiques de médecine opératoire.

C. — J'arrive enfin à la partie la plus intéressante du traitement des kystes de l'ovaire. On se propose, dans cette méthode, *de modifier*

Digitized by Google

paroi interne du kyste, de changer ses conditions physiologiques; d'en tarir la sécrétion et de déterminer l'occlusion de la poche sans exposer à l'inflammation suppurative. L'honneur de réaliser cet immense progrès était réservé à M. Velpeau (1).

J'emprunte à M. Velpeau quelques pages de son remarquable discours à l'Académie (*Bulletin de l'Académie*, t. XXII, p. 196).

« Cette méthode n'est pas nouvelle; elle a suivi les phases diverses de l'opération de l'hydrocèle. Dès le siècle dernier et au commencement de celui-ci, des chirurgiens anglais et français, Brenner, Bossu, en particulier, ont injecté du vin chaud dans les kystes de l'abdomen et même dans le péritoine. Il y a une trentaine d'années, L'Homme, Gobert, Lafaye, M. Jobert, ont injecté de l'alcool dans les tumeurs ovariennes. D'où vient donc que de nos jours l'opération a produit une si vive émotion? C'est que le résultat de ces tentatives avait été généralement mauvais, qu'il y avait eu beaucoup de morts. On faisait ce raisonnement fort juste : si les injections de vin chaud, poussées dans la tunique vaginale, déterminent une inflammation vive et très douloureuse du sac, et s'il suffit de quelques gouttes de ce liquide infiltré dans le scrotum pour déterminer alors la gangrène et les phénomènes généraux les plus graves, à plus forte raison devra-t-il en être ainsi des mêmes injections pratiquées dans un kyste de l'ovaire. Laisser une partie du liquide irritant dans la poche, c'était courir les risques d'une vaste inflammation, et s'il en tombait quelques gouttes dans le péritoine, une péritonite mortelle était à craindre: Tout cela était effrayant en effet; les chirurgiens renoncèrent donc aux injections irritantes dans les tumeurs abdominales, ou du moins ils les réservèrent pour des cas exceptionnels.

» L'état de la question a bien changé depuis que, par des faits sans nombre, il a été démontré que l'injection iodée, dans les cas d'hydrocèle, déterminait, dans la tunique vaginale, une inflammation peu douloureuse, d'une intensité modérée; qu'on peut impunément y abandonner une partie du liquide injecté, et que c'est même là une bonne manière de procéder; que, dût-il s'en échapper quelques gouttes dans

(1) *Recherches sur les cavités closes de l'économie animale*, dans *Annales de la chirurgie française et étrangère*, t. VII, 1843, p. 415 et 417.

Digitized by Google

le tissu cellulaire du scrotum, il ne produirait pas de bien grands ravages. J'ai vu encore un autre fait, c'est que l'iode ne produit d'inflammation que là où il touche les tissus. Ainsi l'on n'osait pas injecter du vin chaud dans les hydrocèles congénitales; on redoutait, à bon droit, une inflammation expansive capable d'atteindre le péritoine par contiguïté. Or, cette inflammation est si peu à craindre quand on se sert de l'eau iodée, qu'en l'injectant dans le sac d'une hydrocèle en communication avec l'abdomen, il est à peine nécessaire d'établir momentanément la séparation des deux cavités par la pression avec le doigt au niveau de l'anneau inguinal. Ayant reconnu ces propriétés de l'iode, j'ai appliqué la même méthode et avec le même succès aux kystes du cordon spermatique, aux anciens sacs herniaires, à la cure radicale des hernies, aux kystes de l'aine, de la cuisse, de l'aisselle, du sein, de la thyroïde, de la bouche; je m'en suis servi encore contre les hydarthroses rebelles, et principalement contre celles du genou, de la plus vaste articulation du corps; les mêmes essais étaient faits à cette époque par M. Bonnet (de Lyon) et l'ont été depuis par une foule d'autres chirurgiens.

» L'Académie se souvient qu'il y a dix ans, en 1845, quand je portai devant elle ces faits (dont j'avais déjà donné connaissance à l'Institut en 1842, et dont les premiers remontent à 1835), la méthode des injections iodées n'était pas encore entrée dans la pratique de tout le monde. Soutenu par Auguste Bérard et M. Jobert, j'eus pour adversaires Blandin, Gerdy, Roux... (Il y a danger à se déclarer l'adversaire des injections iodées, car aujourd'hui Blandin, Roux, Gerdy ont disparu, les partisans de la méthode sont seuls restés parmi nous!)

» A cette époque, en 1845, je ne bornais déjà plus depuis longtemps à l'hydrocèle l'emploi des injections iodées, mais, l'érigeant en règle générale, en une sorte de loi, j'établissais:

» 1° Que la douleur et la réaction générale sont encore moindres dans les kystes étrangers au scrotum que dans l'hydrocèle proprement dite, ce qui s'explique par l'absence, dans le premier cas, et la présence, dans le second, d'un organe aussi sensible que le testicule.

» 2° Que la résolution, toutes choses égales d'ailleurs, est *un peu moins* prompte dans la tunique vaginale que dans les kystes des autres régions.

Digitized by Google

» 3° Que partout où quelque plan osseux ou ostéo-fibreux forme une des parois du kyste, la guérison se fait plus longtemps attendre, manque même quelquefois tout à fait. C'est ainsi que le succès des injections iodées n'a pas été constant quand je les ai pratiquées sur l'olécrâne ou sur le devant de la rotule.

» 4° Que si le kyste contient de la matière gélatineuse, ou grumeleuse, ou granulée, ou visqueuse, le succès, sans être impossible, est moins sûr, moins constant que s'il s'agit de kystes franchement liquides, soit séreux, soit synoviaux, soit sanguinolents.

» 5° Que, selon toute apparence, le liquide iodé ne fait naître d'inflammation que sur les points de la surface séreuse qu'il touche, et que l'inflammation provoquée par son contact est d'une nature tellement fixe qu'elle tend très peu à s'étaler.

» 6° Que, sans plaie extérieure, elle devient rarement purulente.

» Tournant et retournant la question sous toutes ses faces, je n'ai pu m'empêcher de mettre en regard des injections iodées toute la grande classe des cavités closes, séreuses ou synoviales, de l'économie. Il ne s'agissait plus de la teinture d'iode seulement, mais bien des injections irritantes en général ; non plus du traitement de l'hydrocèle, qui ne laissait du reste que très peu à désirer déjà, mais bien du traitement local de presque *toutes les hydropisies;* non plus des épanchements séreux proprement dits, mais aussi des collections sanguinolentes de toute sorte, et même de certaines collections purulentes, d'une vaste question de thérapeutique par conséquent (1).

» L'application de cette méthode aux kystes de l'ovaire se trouve déjà indiquée dans ma *Médecine opératoire* (t. IV, p. 7 et 13), ouvrage qui est de 1839. A l'article PARACENTÈSE, je disais : « Ce que j'ai vu des in-» jections iodées dans l'hydrocèle et les kystes séreux me porte à penser » qu'elles offriraient encore plus de chances de succès que le vin dans » l'ascite ou les kystes de l'abdomen. »

» Et, en effet, de nombreuses applications de cette méthode aux kystes de l'ovaire ont été faites déjà. M. Robert paraît le premier l'avoir tentée en France; d'autres l'ont mise en usage en Angleterre, en Alle-

(1) *Des injections médicales dans les cavités closes*, etc., 1846, p. 118.

Digitized by Google

magne ; M. Boinet a pratiqué un grand nombre d'injections iodées, en même temps que je m'en occupais aussi, quoique avec moins d'ardeur que notre confrère, et il s'est efforcé de répandre ma méthode au point de la rendre presque sienne. MM. Jobert, Monod, Demarquay, Huguier, Gimelle, Abeille, Fock, Briquet, Nélaton, ont également apporté leur contingent de faits ; le tout, en y ajoutant les miens, forme ajourd'hui un ensemble de plus de 130 cas. Il faut sans doute rabattre un peu de ce chiffre ; car plusieurs faits semblent faire double emploi dans la statistique de M. Briquet par exemple (12 cas), et dans celle de M. Boinet. »

Le discours de M. Velpeau, que je devrais copier tout entier, résume tout ce qui a été dit, toutes les statistiques qui ont été fournies sur les injections iodiques. Mais je ne dois pas passer sous silence les improvisations si remarquables de MM. Cazeaux, Robert, Huguier, Jobert, Gimelle, et le livre de M. Boinet. En deux lignes, M. Malgaigne a résumé le débat (*Bulletin de l'Académie*, t. XXII, p. 306) : « Après tous les faits, toutes les statistiques cités par les orateurs, les praticiens sont suffisamment autorisés à pratiquer des injections iodées. »

Tous ces discours ont envisagé la question à tous les points de vue, et je vais essayer de résumer la discussion aussi brièvement, aussi nettement que possible, sans rien omettre de ce qui a rapport aux injections iodées.

Je ne reviendrai pas sur les statistiques fournies par les membres de l'Académie que j'ai cités plus haut et par MM. Monod et Demarquay ; tous les chiffres sont consignés dans la discussion académique, et M. Velpeau a rendu ma tâche bien facile :

130 malades opérées : 30 morts ; 64 guérisons ; 36 récidives ou améliorations.

Il faut retrancher au moins 20 opérations dans lesquelles on a eu recours à la canule à demeure. Il resterait donc 10 morts à opposer aux 64 guérisons, et même, sur ces 10 morts, l'opération a été plusieurs fois tentée dans les cas les plus défavorables. Or, en jugeant sur ces chiffres, *la ponction suivie d'injection iodée* ne paraît pas plus dangereuse que *la ponction simple*, *la ponction palliative*, *pour les kystes simples de l'ovaire*.

Examinons simultanément la ponction suivie d'injection iodée, la

Digitized by Google

manière de la pratiquer, les précautions qu'elle réclame et les cas dans lesquels elle doit être employée.

Sur le premier point, je trouve encore dans la discussion à l'Académie, et surtout dans le discours de M. Velpeau (*Bulletin de l'Académie*, t. XXII, p. 267), tous les éléments de mon travail.

En parlant de la ponction palliative, j'ai traité de la ponction par le vagin et par la paroi abdominale. Je n'y reviendrai pas. Il n'y a pas ici, à proprement parler, comme pour l'ascite, *de lieu d'élection absolu*, la situation du kyste étant variable. Il y a donc seulement un lieu de *nécessité*, et ce lieu c'est le point à la fois le plus *fluctuant* et le plus *déclive*. Si le kyste est mobile dans la cavité abdominale, comme on peut choisir l'endroit où l'on va enfoncer le trocart, il vaut mieux, ainsi que l'indique M. Boinet, faire la ponction du côté de l'ovaire malade.

Une fois la ponction pratiquée et le kyste vidé, faut-il tout de suite procéder à l'injection iodée? Si le kyste a un petit volume, s'il ne dépasse pas la grosseur du poing ou d'une tête de fœtus ordinaire, on doit tout de suite avoir recours à cette injection. Mais si la tumeur a un volume plus considérable, si elle renferme 10, 15, 20 litres de liquide, et même davantage, la plupart des chirurgiens recommandent de retarder l'injection. On fait une première ponction, on vide la poche, puis on laisse le liquide se reproduire. Quand la tumeur a repris à peu près la moitié de son volume, on pratique une nouvelle ponction, et même, si le kyste était très considérable, on peut attendre encore et pratiquer une troisième ponction avant d'en venir à l'injection iodée. M. Velpeau n'insiste pas sur cette pratique, mais il ne la blâme pas non plus. Ces ponctions successives avaient déjà été recommandées par Bertrandi, pour les hydrocèles volumineuses, mais il y a longtemps que M. Velpeau les a rejetées pour ces tumeurs. Faudra-t-il les rejeter aussi pour les tumeurs enkystées de l'ovaire? Je le crois, et je pense qu'il serait préférable d'avoir recours tout de suite à une injection de liquide iodé.

Ces ponctions peuvent avoir un avantage pour *certains* kystes de l'ovaire. Quand ces tumeurs fournissent à une première ponction de la sérosité mêlée de sang ou un liquide onctueux, légèrement filant, il est assez ordinaire, aux ponctions suivantes, de trouver de la sérosité plus ou moins pure. Or, le kyste se trouve alors dans des conditions bien plus favorables à sa guérison.

Digitized by Google

Si l'on tombe sur un kyste multiloculaire et que les poches soient bien distinctes, il faut tâcher, en enfonçant le trocart dans différents sens, de pénétrer dans plusieurs poches successivement, de détruire les cloisons qui les séparent et de les vider tour à tour. On peut alors injecter tout de suite de la teinture d'iode dans une ou plusieurs de ces poches. Peut-être l'inflammation se propagera dans les loges voisines et déterminera une modification de leurs parois et la disparition de la tumeur. En tout cas, on aura déjà retardé l'évolution du kyste et l'on pourra ultérieurement agir sur les autres loges comme on aura fait pour les premières.

J'ai vu, à l'hôpital de la Charité, une malade qui portait une hydrocèle multiloculaire et dont le nombre des loges était assez considérable. M. Velpeau injecta de la teinture d'iode dans plusieurs de ces poches; la tumeur s'enflamma et disparut complétement. Ne peut-on pas, *par analogie*, admettre la possibilité d'un semblable résultat pour les tumeurs enkystées de l'ovaire? En agissant avec précaution, il n'y a rien à craindre. Avant de pousser l'injection, le liquide renfermé dans la poche s'échappe par la canule, et l'on peut alors terminer l'opération sans redouter le passage de la teinture d'iode dans la cavité péritonéale.

Si le kyste est multiloculaire, et si une ou deux loges ont un développement plus considérable que les poches voisines, c'est une raison de plus pour remplacer par de la teinture iodée une partie du liquide qui s'est écoulé.

S'il existe deux kystes ovariques ou deux poches voisines également volumineuses, on peut, par deux ponctions successives, les vider et les injecter isolément et l'une après l'autre, ou bien en opérer une d'abord et l'autre quelques semaines ou quelques mois plus tard.

Jusqu'à présent nous avons étudié les kystes contenant du sérum pur ou du sérum mêlé de sang liquide, ou un liquide légèrement onctueux mais sortant facilement par la canule. C'est la nature du contenu de la plus grande partie des kystes de l'ovaire.

Si le kyste renferme du pus, on peut, ainsi que je l'ai dit plus haut, songer à l'établissement d'une canule à demeure ou d'un tube-séton; mais je crois que, même dans ce cas, il vaut mieux avoir recours à la ponction suivie d'une injection iodée. Les injections successives, sui-

Digitized by Google

vies d'injections iodiques, dans les abcès par congestion, nous ont montré que le pus diminuait en quantité, qu'il ne s'altérait pas et que les parois du foyer se modifiaient et arrivaient à se réunir. Cependant, si la tumeur purulente se vidait dans un organe voisin, il serait préférable d'avoir recours au traitement par la canule à demeure.

Les kystes à liquide épais, filant, comme gélatineux, ne doivent pas être tout d'abord soumis aux injections iodées. Il faut, ainsi qu'il a été dit plus haut, tâcher, par des ponctions successives, de modifier la nature du liquide renfermé dans la tumeur.

Quand la tumeur enkystée de l'ovaire est formée par un tissu aréolaire ou vésiculaire, ou quand elle repose sur une ou plusieurs masses cancéreuses, l'injection iodée serait une opération inutile, et il vaut mieux alors y renoncer. Mais si l'on parvient à constater qu'il existe seulement des corps fibreux, l'injection iodée n'est pas formellement contre-indiquée, et elle peut être mise en usage, sinon pour guérir toute la tumeur, du moins pour diminuer son volume et rendre aux malades la vie plus supportable.

L'épaississement des parois du sac ne doit pas faire rejeter l'injection; mais, surtout dans ces circonstances, il serait bon, je crois, d'avoir recours préalablement à deux ou trois ponctions pour permettre à la tumeur de revenir sur elle-même. Dans les cas où la poche serait remplie d'un liquide ayant la consistance du chocolat au lait; dans les cas où l'épaississement de ses parois aurait pour origine des caillots fibrineux, des dépôts de fausses membranes; dans ces cas, dis-je, comme pour les hématocèles anciennes, il n'y a pas à songer à une injection iodique, et ces tumeurs doivent être traitées comme les kystes fœtaux ou pileux, par l'incision. Mais pour arriver à une semblable opération, il faut qu'elle soit rendue nécessaire, urgente, par des accidents graves survenus dans la tumeur ou dans le voisinage.

Je ne traite, en ce moment, que des injections iodées; mais, avant d'aller plus loin, je dois appeler l'attention sur une méthode thérapeutique dont il sera question bientôt, et que l'on a, suivant moi, trop négligée : je veux parler de l'*électro-puncture*.

Après avoir parcouru rapidement les diverses variétés de kystes de l'ovaire et les indications particulières qu'elles présentent au point de vue de l'injection iodée, revenons à cette opération en elle-même.

Digitized by Google

Le kyste, une fois vidé, on pourrait avoir recours à un lavage avec de l'eau tiède avant d'en venir à l'injection iodique. La teinture d'iode pure serait, sans doute, employée sans de grands dangers; mais beaucoup de chirurgiens préfèrent se servir du mélange dont les proportions ont déjà été indiquées.

La quantité qu'il faut pousser dans le kyste est variable suivant la capacité de la tumeur; M. Boinet n'injecte jamais plus de 100 à 150 grammes de solution iodée. Si la poche n'est pas complétement vidée, on injecte de la teinture d'iode un peu moins diluée, on abandonne dans la poche le liquide injecté pendant huit à douze minutes, puis on le laisse échapper par la canule. Il faut prendre garde de ne pas exercer de pressions trop fortes pour bien vider la poche; il vaut mieux laisser dans le sac une partie de la solution iodique. Quand bien même toute la quantité de liquide injecté serait abandonnée dans le kyste, il n'en résulterait, le plus fréquemment, aucun accident pour la malade.

Voici, du reste, en quelques mots, un fait qui porte avec lui plusieurs indications précieuses pour le médecin :

Au mois de septembre 1858, est entrée dans mon service, à l'hôpital Saint-Louis, où je remplaçais M. Denonvilliers, une jeune fille de vingt-cinq ans, grande, assez forte, bien constituée. Cette fille a eu un enfant. Depuis dix-huit mois à deux ans, elle s'est aperçue que son ventre grossissait, que ce développement devenait de plus en plus considérable; et quand elle est entrée dans mon service, voici l'état dans lequel elle se trouvait :

Le ventre est gonflé, surtout à gauche, il est bombé, saillant. La peau est saine et présente peu de vergetures; par le palper à travers la paroi abdominale, on sent une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, arrondie, molle, fluctuante, un peu mobile. Cette tumeur est sentie par le vagin, et quand on l'explore en même temps par la paroi abdominale et par le vagin, on constate qu'elle est fluctuante d'un côté à l'autre. La fluctuation est nettement perçue dans tous les sens et dans toute l'étendue de la tumeur; on sent aussi fort bien le *flot du liquide* : si, en effet, on place une main sur un des côtés de la tumeur, et qu'on applique une petite chiquenaude de l'autre côté, on sent très bien les ondulations du liquide, mis en mouvement par cette secousse. La percussion donne un son mat sur toute la tumeur, et permet de la limiter exactement. Rien à l'auscultation; les envies d'uriner sont fréquentes quand la malade est debout. Il ne sort, par la sonde introduite dans la vessie, que quelques gouttes d'urine. Le col de l'utérus est légèrement dévié de droite à gauche. Le museau de tanche est un peu tourné vers la symphyse sacro-iliaque gauche. La tumeur paraît tendue et les parois sont peu épaisses. (*Diagnostic : Kyste séreux de l'ovaire gauche, uniloculaire.*)

Une ponction est pratiquée le 30 septembre. Il sort environ trois litres de liquide séreux. La ponction a été faite sur le côté gauche, la malade étant légèrement inclinée de ce côté. Injection de 150 à 200 grammes de teinture d'iode pure, additionnée de 2 grammes d'iodure de potassium. La malade souffre peu. Au bout de six à huit minutes, je cherche à faire sortir le

Digitized by Google

liquide injecté, il coule par la canule encore une petite quantité de liquide citrin, parfaitement limpide, mais pas de teinture iodique. Je n'obtiens pas d'autre résultat, même en faisant pencher la malade du côté gauche et en pressant doucement le kyste. J'injecte alors par la canule 200 grammes d'eau. La malade est reportée à son lit; elle est couchée sur le dos, et un coussin est placé sous le siége, pour empêcher le liquide injecté de stagner en un seul point, à la partie la plus déclive de la poche.

Le soir, fièvre intense, douleur vive dans la cavité abdominale : vingt sangsues ; cataplasmes.

Le lendemain, les accidents ont disparu, pour ne plus reparaître. La malade reste couchée, sans se lever, jusqu'au 1er octobre, et une serviette bien appliquée comprime le ventre.

Sortie le 15 octobre. A cette date, la tumeur a disparu, et on sent dans la fosse iliaque gauche une petite boule, grosse comme une orange à peu près, assez dure, un peu mobile; santé générale très bonne ; on recommande à la malade de porter une ceinture.

La malade est revue à la fin de novembre, et à la fin du mois de janvier 1859, la tumeur a disparu, et il reste toujours, et dans le même état, la petite boule dont il vient d'être question.

Ce kyste est-il définitivement guéri? Je l'espère. En tout cas, voilà plus de quatre mois que l'opération a été pratiquée, et le liquide ne s'est pas reformé. Je sais bien qu'on a vu des récidives après un temps plus long, mais ces récidives mêmes sont rares dans ces circonstances.

Ce fait est curieux à cause de la nature du liquide injecté et surtout de l'impossibilité où je me suis trouvé de faire sortir la plus petite quantité de teinture d'iode. Pendant vingt-quatre heures, je n'étais pas rassuré sur les dangers de cette injection; mais, ainsi qu'on vient de le voir, les suites de l'opération ont été des plus simples.

« On s'est beaucoup préoccupé de la possibilité de voir la canule abandonner le kyste et le liquide se répandre dans la cavité abdominale. Mais d'abord le liquide du kyste ne peut couler que par la canule tant que celle-ci plonge dans la cavité de la tumeur, la teinture d'iode ne pourrait s'en échapper et se répandre dans le péritoine qu'au moment où la tumeur revenue sur elle-même abandonne les parois abdominales. Sans doute, il faut se mettre en garde contre cet accident, mais s'il survenait, il n'en résulterait pas, j'ose l'affirmer, les horribles dangers que l'on imagine; car, en premier lieu, on ne pourrait pas injecter dans l'abdomen une quantité un peu notable de liquide iodé sans que malade et médecin s'en aperçussent; d'ailleurs, la quantité totale de teinture iodée que l'on introduit dans la tumeur n'est pas considérable. Il ne s'agit pas en effet de substituer au fluide primitivement contenu dans la poche une quantité équivalente de solution

Digitized by Google

iodurée; 100 à 200 grammes suffisent pour que tous les points de la cavité anormale soient mis en contact avec l'agent irritant.

» Mais une fois la canule retirée, la teinture d'iode pourra, dit-on, s'échapper de la perforation faite au kyste et s'écouler alors dans le ventre. Cette crainte me paraît à peu près chimérique. Pourquoi les 10, 20 ou même 30 grammes de solution iodée qui restent, au lieu de se loger tout à leur aise dans la cavité spacieuse du kyste, iraient-ils chercher le trou fait par le trocart et se répandre au dehors? Quand on opère l'hydrocèle, si, après l'extraction de la majeure partie du liquide injecté, quelques gouttes demeurent au fond de la tunique vaginale, on ne les en voit pas sortir pour s'échapper dans le tissu cellulaire.

» Au surplus, quand même une partie du liquide injecté abandonnerait le kyste et coulerait dans le péritoine (dussé-je m'exposer aux hérésies, moi qui reproche aux autres d'en avoir commis), j'estime que cela ne donnerait pas lieu à des accidents bien sérieux. J'ai employé la teinture d'iode pour la guérison des hernies; je l'ai injectée dans des sacs herniaires qui s'étendaient dans le canal inguinal et jusque dans la fosse iliaque; quelquefois les injections sont allées plus loin que je n'aurais voulu; eh bien ! il n'y a jamais eu de péritonite grave. Tel est l'effet de l'eau iodée qu'elle n'enflamme que ce qu'elle touche; la phlegmasie qu'elle provoque n'est que peu disposée à suppurer; elle ne donne pas lieu enfin à ces péritonites envahissantes que produisent tant d'autres agents d'irritation (1). »

L'opération terminée, il faut avoir soin de comprimer le ventre avec des serviettes, un bandage de corps, etc., et de recommander aux malades le repos, l'immobilité, le décubitus dorsal, pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures au moins. Monro, ainsi que d'autres l'ont fait depuis, avait imaginé, pour établir cette compression, une ceinture spéciale que je regarde comme tout à fait inutile.

Pendant une semaine au moins, il faut insister sur le repos au lit, même quand il n'y a aucun accident; et pendant un, deux ou trois septénaires encore éviter toute fatigue, les courses à pied et toute sorte d'imprudences. On peut aussi alors avoir recours à divers moyens

(1) Velpeau, *loc. cit.*, p. 271.

Digitized by Google

palliatifs qui ont déjà été passés en revue. C'est quand la malade se lève et qu'elle marche, surtout quand le kyste avait un grand volume, qu'il est essentiel de recommander de tenir le ventre modérément serré et que l'on peut conseiller l'usage d'une ceinture élastique bien faite et bien appliquée.

Il peut arriver, dans certains cas, quand le kyste est bien vidé et que l'on procède à l'injection iodée, que la malade, au moment où les premières gouttes de liquide sont poussées dans la canule, accuse une douleur vive, subite, intolérable. On doit s'arrêter tout de suite, retirer la canule et remettre l'opération à un autre jour. Ce symptôme indique que la canule a quitté le sac, est libre dans le péritoine et que l'injection a pénétré dans la séreuse abdominale.

Je dois à mon excellent ami, M. le docteur Binet, l'observation fort intéressante d'une malade qui a éprouvé ces accidents. Cette observation nous conduira à examiner ce qui se passe après une injection iodée bien faite, comment le liquide se reproduit, etc.

Voici cette observation :

Kyste de l'ovaire. Quatre ponctions. Injections iodées. — Le 22 novembre 1855, est entrée à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Élisabeth, n° 34 (service de M. Pidoux), la nommée Risson (Adélaïde), couturière, âgée de trente-six ans, née à Paris, demeurant chaussée Clignancourt, 6.

Cette femme, grande, bien constituée, à la peau brune, aux cheveux noirs et abondants, a toujours joui d'une excellente santé. Réglée pour la première fois à l'âge de quinze ans et demi, elle l'a toujours été régulièrement jusqu'au mois de janvier 1853, époque à laquelle elle devint enceinte pour la première fois. La grossesse fut heureuse, l'accouchement normal, et la femme mit au monde un enfant vigoureux ; les suites de couches ne présentèrent rien de particulier et six semaines après la délivrance les menstrues reparurent et continuèrent dès lors à se montrer avec leur périodicité habituelle.

Au commencement du mois d'août 1855, notre malade remarqua une légère tuméfaction siégeant à l'hypogastre et dans la région iliaque droite. Peu après, elle éprouva quelques douleurs peu vives dans ces régions, douleurs s'irradiant vers la région crurale antérieure droite. Le membre inférieur présenta même pendant quelques jours un peu d'augmentation de volume, jointe à une sensation de pesanteur et d'engourdissement.

Quelques jours de repos firent disparaître le symptôme douleur et le gonflement de la cuisse ; mais la malade continua à percevoir par le palper une tumeur de la région iliaque droite. On remarqua de plus que les menstrues, quoique régulières, diminuaient d'abondance et s'accompagnaient de coliques abdominales.

Le ventre continua à se développer. Les fonctions digestives s'altérèrent, et cette femme se décida à entrer à l'hôpital le 22 novembre 1855, époque à laquelle je n'étais pas encore dans le service de M. le docteur Pidoux. Dans le courant du mois de décembre 1855, une première

Digitized by Google

ponction fut pratiquée et donna issue à douze litres environ d'un liquide clair, fluide, citrin. Le kyste fut complétement vidé. La malade éprouva pendant quelques jours une amélioration notable dans son état général, mais bientôt le liquide se reproduisit et une nouvelle ponction fut jugée nécessaire le 4 mars 1856.

Voici quel était à cette époque l'état de la malade :

Face amaigrie, yeux excavés, coloration grisâtre de la peau; émaciation de toute la partie sus-diaphragmatique du corps, contrastant avec le développement énorme de l'abdomen et l'infiltration des membres inférieurs. Parfois cyanose de la face. Refroidissement des extrémités inférieures et supérieures, cyanose des mains, des pieds et des jambes, qui prennent souvent une coloration lie de vin. Respiration costale supérieure.

Par le palper et par la vue on constate que l'abdomen est irrégulièrement développé, plus saillant à droite qu'à gauche; la ligne brune pubio-ombilicale ne répond plus à la ligne médiane du corps et se trouve déviée vers le flanc droit.

Par le palper on reconnaît que la tumeur n'est pas régulière et qu'elle est composée de deux parties, l'une droite plus volumineuse, s'élevant jusqu'au rebord des côtes, et dépassant l'ombilic de deux travers de doigt, occupant la région iliaque, le flanc, l'hypogastre, dépassant la ligne médiane; l'autre gauche, de moindre volume, saillante vers la fosse iliaque gauche et comme accolée à la précédente. Ni l'une ni l'autre de ces tumeurs ne semble mobile et ne peut se déplacer, soit avec la main, soit par les différentes positions imposées à la malade. Fluctuation dans les deux tumeurs. La percussion donne un son mat dans les limites assignées aux tumeurs. Sonorité à l'épigastre et dans le flanc gauche. Le foie est refoulé jusqu'au niveau de la quatrième côte. Sonorité normale du thorax. Un peu d'exagération du son au sommet droit. Quelques bulles de râle sous-crépitant à la base des deux côtés. Respiration exagérée en arrière et en avant. Palpitations fréquentes. Bruits du cœur normaux, sauf un léger prolongement du premier temps, parfois souffle au même temps. Pas de bruits artériels ou veineux. Pouls régulier, dépressible, 80 pulsations. Anorexie presque complète. Jamais de vomissements. Constipation opiniâtre suivie de débâcle.

Comme la première fois, la ponction fut pratiquée avec un trocart de petit diamètre sur le milieu d'une ligne étendue de l'épine iliaque antérieure et supérieure droite à l'ombilic. On retira lentement, et en suspendant à plusieurs reprises l'opération, douze litres environ d'un liquide citrin, clair, un peu filant, précipitant en masse par la chaleur et les acides. Le kyste droit vidé, on put aisément vérifier l'existence et les dimensions de la petite tumeur. Celle-ci, du volume d'une tête de fœtus de cinq mois, s'était abaissée près de l'hypogastre. Une injection iodée (solution de 200 grammes environ) fut poussée par la canule et la moitié à peine put être retirée.

Le soir et les jours suivants, un peu de sensibilité au ventre. Pas de vomissement ni de céphalalgie. La présence de l'iode fut constatée dans les urines. Les fonctions digestives reprirent un peu de régularité; la malade put descendre de son lit, ce qu'elle n'avait fait depuis plusieurs mois; mais, le 22 mars déjà, le liquide s'était reformé en grande quantité, et le 15 avril le kyste avait repris ses anciennes dimensions. L'état général n'ayant pas éprouvé d'aggravation et la tumeur restant stationnaire, ce ne fut que le 4 juillet que l'on eut recours à une troisième ponction.

4 juillet. L'opération, pratiquée au même lieu que les précédentes, donna d'abord issue à 10 litres environ d'un liquide séro-purulent, mal lié, inodore; puis tout à coup la nature de l'écoulement changea et il sortit par la canule plus d'un litre d'un liquide séreux, citrin, albu-

Digitized by Google

mineux, filant, analogue à celui fourni par les premières ponctions; en même temps la tumeur gauche s'affaissa (1).

Une injection iodée, semblable en qualité et en quantité à la précédente, fut poussée et laissée presque entière dans la cavité de la tumeur.

Le soir, sensibilité légère de l'abdomen; pas de douleur épigastrique, quelques coliques sourdes, pas de vomissement, un peu de céphalalgie et de refroidissement des extrémités. Pouls à 80, comme d'habitude; un peu d'anxiété. On prescrit une pilule de 25 milligrammes d'extrait gommeux d'opium, de deux heures en deux heures. Le lendemain, 5 juillet, le ventre est à peine douloureux. Iode dans les urines. Aucun accident ne se manifesta, et le 10 du même mois, l'appétit avait reparu comme aux meilleurs jours, et la malade demandait trois portions. L'infiltration des jambes avait disparu ainsi que la teinte cyanique des extrémités.

La malade reprit rapidement son embonpoint et ses forces. La tumeur, qui avait repris un peu de volume, disparut presque complétement, et tout faisait espérer une guérison solide, lorsque, le 1er septembre, au moment où la malade allait être autorisée à nous quitter, elle éprouva de nouveau une douleur assez vive dans la région iliaque droite. La tumeur se développa et acquit le volume d'une tête d'enfant de six mois. Le 10 septembre, on put y constater une fluctuation sourde et profonde et, le 12, on décida une quatrième ponction.

Elle fut pratiquée à quatre heures de l'après-midi. Le trocart fut poussé au même endroit que ci-dessus; mais pour en faire pénétrer la pointe à travers les parois du kyste, il fallut employer une force assez considérable et engager profondément la canule. On retira deux litres environ d'un pus crémeux, inodore, mêlé à la fin de quelques stries de sang. La malade, qui appréhendait l'opération et ne s'y était soumise qu'à contre-cœur, fut effrayée en apercevant la coloration du liquide et désira que l'on s'en tînt là. Mais comme aucune sensation particulière, perçue par la main qui maintenait la canule, n'avait pu faire craindre que les parois du kyste se fussent retirées et eussent abandonné la canule, je me disposais à pousser une injection iodée comme je l'avais fait deux fois déjà. Mais à peine eut-on appuyé sur le piston de la seringue, et dix à quinze gouttes d'injection eurent-elles franchi l'orifice interne de la canule, que la malade poussa un cri violent et se plaignit d'une douleur atroce à la région épigastrique. L'injection fut immédiatement suspendue et la plaie soigneusement recouverte de plusieurs couches de diachylon. Peu après, nausées, sans vomissements et irradiation de la douleur épigastrique vers l'épaule droite. Face anxieuse, respiration entrecoupée, gémissements incessants. Pouls petit, serré, à peine perceptible, à 120. Refroidissement des extrémités et de la langue.

On prescrit 15 centigrammes d'extrait gommeux d'opium; un cataplasme largement arrosé de laudanum et un quart de lavement avec 1 gramme du même narcotique.

Dans la nuit, les douleurs étant toujours excessivement vives, je fis donner de demi-heure en demi-heure une cuillerée d'une potion contenant 10 centigrammes de chlorhydrate de morphine. Frictions mercurielles sur le ventre, lavement laudanisé.

Le lendemain 13, même état. Insomnie complète; quelques vomissements verdâtres dans la nuit ventre ballonné, météorisé, d'une sensibilité extrême, surtout à l'épigastre et dans le flanc droit. Douleur violente en arrière, au niveau de la dixième et de la onzième vertèbre dorsale. Pouls 120; mêmes caractères.

Frictions mercurielles sur le ventre, préalablement dépouillée de son épiderme, au moyen d'un large vésicatoire. Pilules de calomel et d'opium, une de deux en deux heures. Glace.

(1) La nature du liquide est importante à noter.

Digitized by Google

14. Face moins anxieuse ; agitation moindre ; pouls de même fréquence, mais plus développé. Abdomen toujours douloureux et météorisé. Vomissements verdâtres persistants. Transpiration abondante, pas de selles.

Potion de Rivière et glace. Frictions mercurielles ; cataplasmes laudanisés.

16 septembre. Les vomissements diminuent de fréquence. La constipation continue.

Même traitement ; lavement purgatif.

17. Plusieurs selles liquides à la suite du lavement. Les vomissements ont cessé ; abdomen toujours sensible.

19 septembre. Le pouls se relève et diminue de fréquence. On note 85 pulsations, nombre qui diffère peu de celui qui est habituel à la malade. La nuit a été calme et le sommeil réparateur. Même traitement.

21. Un peu de diarrhée muqueuse et séreuse. Le ventre s'est affaissé ; on sent à peine la tumeur.

On cesse tout traitement.

La convalescence s'est établie régulièrement et la malade est sortie dans un état très satisfaisant d'embonpoint et de force, le 4 octobre 1856. Au jour de sa sortie elle n'éprouvait plus aucune sensation douloureuse dans l'abdomen, et la tumeur ne présentait plus que les dimensions d'un volumineux poing d'adulte.

En résumé, cette observation est relative à une femme âgée de trente-six ans, d'une bonne santé ordinaire, et qui sans avoir jamais éprouvé aucun trouble du côté de l'utérus et de ses annexes, s'aperçut, dix-huit mois après un accouchement normal, de l'existence d'une tumeur située dans la région iliaque droite. Cette tumeur éveille quelque sympathie dans le membre inférieur du même côté, et se développe assez rapidement, pour que cinq mois environ après que l'on en eût constaté la présence, on se vit forcé, par l'altération de la santé, à recourir à une ponction (décembre 1855).

Au mois de mars 1856, nouvelle ponction suivie cette fois d'une injection iodée ; la tumeur fut partiellement vidée ; elle était en effet formée de deux parties inégales en volume, l'une droite, l'autre gauche plus petite. Celle de droite fut vidée et l'on en retira le liquide ordinaire des kystes de l'ovaire. La santé générale s'améliora, mais bientôt la tumeur reprenant son volume, on eut recours à une troisième ponction (juillet 1856). Cette fois, le liquide au lieu d'être clair, citrin et filant, fut trouvé séro-purulent pendant la plus grande partie de l'écoulement ; mais vers la fin de l'opération, la tumeur gauche s'affaissa tout d'un coup et la canule donna issue à un liquide analogue à celui que l'on avait recueilli dans les précédentes ponctions. Comme la première fois, l'injection ne fut suivie d'aucun accident notable.

La malade reprit rapidement ses forces et son embonpoint, et pouvait passer pour guérie, lorsqu'elle éprouva de nouveau un peu de douleur dans la fosse iliaque. La tumeur reprit du volume. Une ponction fut jugée nécessaire pour achever la guérison (12 septembre) et, quoique pratiquée dans les mêmes conditions, au même lieu et avec le même instrument que les précédentes, provoqua des accidents graves et inquiétants, bien qu'au lieu de 200 grammes de solution de teinture d'iode, on eut à peine poussé dans le kyste dix gouttes de cette injection. Les symptômes de péritonite se développèrent avec une intensité remarquable. La malade résista néanmoins, et, le 4 octobre 1856, obtint son exeat. La santé était excellente. La tumeur qui, à son entrée à l'hôpital, occupait presque toute la cavité abdominale, était réduite au volume du poing.

Sans insister ici sur les nombreuses questions que soulèvent les kystes de l'ovaire et leur traitement, nous ferons seulement remarquer quelques-unes des particularités qui ressortent de la lecture de cette observation.

Digitized by Google

1° Le développement rapide de la tumeur et la cachexie profonde dans laquelle elle avait plongé une femme jeune encore et fortement constituée;

2° L'heureuse influence que les ponctions successives suivies d'injection iodée, ont paru exercer, soit sur la tumeur, soit sur l'état général de la malade ;

3° Un fait rare, je crois, est la transformation purulente du liquide, coïncidant avec une amélioration de l'état général.

4° Il n'est pas commun non plus de voir dans les kystes multiloculaires une seule ponction donner successivement issue à deux liquides de nature aussi différente que ceux que nous avons recueillis, et deux cavités kystiques se mettre en communication, simplement à la suite de pressions exercées modérément sur l'abdomen pour vider l'une d'entre elles.

5° Enfin, on peut se demander ce qui s'est passé lors de notre dernière ponction, et de quelle nature étaient les accidents que nous avons eus à constater.

La faible quantité de solution iodée qui a pénétré dans l'abdomen permet de repousser l'idée d'une intoxication iodique.

Avons-nous eu affaire ou à de simples manifestations nerveuses développées sous l'influence de la crainte et des appréhensions de la malade, ou avons-nous véritablement observé une péritonite suraiguë provoquée par un liquide irritant tombé dans la cavité péritonéale? Aucune sensation particulière n'a pu indiquer que les parois épaisses du kyste avaient abandonné la canule ; le trocart était de petit diamètre ; c'était celui que l'on emploie pour la thoracocentèse ; enfin, la ponction a été pratiquée au même point que les précédentes, qui n'avaient été suivies de rien de fâcheux. Le début brusque des accidents nous fait croire, malgré ces raisons, au développement d'une péritonite. Heureusement l'autopsie n'est pas venue confirmer notre diagnostic.

Je mentionnerai, en terminant, un fait semblable que j'ai observé dans le service chirurgical de Lariboisière ; mais dans ce cas, malgré les cris aigus de la malade, toute l'injection fut poussée à travers la canule, et le surlendemain nous eûmes la preuve anatomique que le kyste s'était retiré et que c'était la cavité péritonéale que l'on avait arrosée de teinture d'iode.

« Quand le kyste a été ponctionné, qu'une injection y a été poussée, le sac se remplit de nouveau par suite d'une exhalation que le liquide iodé détermine; puis l'exhalation s'arrête et une résorption active y succède. Ceci a lieu huit jours, quinze jours ou un mois seulement après l'opération. Quand le travail de résolution tarde à s'effectuer, faut-il pratiquer une nouvelle ponction? M. Boinet et d'autres l'ont fait, mais je ne suis pas convaincu de l'opportunité de cette opération nouvelle, ayant vu dans divers kystes, et dans l'hydrocèle en particulier, la résolution n'être pas commencée au bout d'un mois entier et n'en pas moins marcher ensuite régulièrement. Chez une de mes malades, qui se trouvait dans ce cas, je me proposais de pratiquer une seconde injection, mais des occupations, un voyage, etc., s'opposèrent à l'exécution de mon projet, et la malade se trouva complétement guérie vers la fin du troisième mois. Plus d'un fait de ce genre s'est offert à mon

Digitized by Google

observation, et j'en ai conclu qu'il valait mieux attendre la résolution, quand même elle serait tardive, que de céder trop tôt aux insistances des malades, qui s'ennuient et s'inquiètent de voir persister ainsi leur tumeur. M. Robert a cité l'exemple d'une malade opérée par moi en 1849 et qui, sortie de mes salles après un assez long séjour, avec une tumeur encore volumineuse de l'ovaire, guérit peu à peu au dehors; je pourrais produire deux autres cas semblables (1). »

Cependant un certain nombre de kystes de l'ovaire ne sont pas guéris après une première injection iodée, et quand, au bout de trois, quatre, cinq mois, le kyste s'est rempli entièrement de liquide, qu'il tend à prendre un nouvel accroissement, il faut avoir recours à une nouvelle ponction, suivie d'une nouvelle injection iodée. C'est ainsi que certaines tumeurs ont été ponctionnées et injectées deux, trois, quatre, cinq et même six fois.

Après une injection iodique, si le kyste revient sur lui-même et disparaît, il est permis d'espérer une guérison radicale et définitive. On a vu, mais très rarement, ces tumeurs reparaître après un temps fort long, cinq, dix mois et quelquefois davantage, à la suite d'une simple ponction palliative; ce fait se présentera bien plus rarement encore à la suite des injections iodées. En tout cas, il faut traiter alors cette nouvelle poche comme la première fois.

Si, dans certains cas, la tumeur ne disparaît pas complétement, elle diminue au moins de volume, elle reste stationnaire et, dans ces circonstances, il faut se garder de pratiquer une autre opération.

Il peut arriver que le liquide se reproduise très rapidement, trop rapidement, après une ponction simple ou suivie d'injection iodique. Ainsi on pratique dans un kyste ovarique une ponction suivie d'injection iodée; un jour, deux jours, huit jours à peine après cette opération, le kyste s'est rempli et la poche est quelquefois si distendue qu'on peut en craindre la rupture. Il faut bien alors avoir recours à une nouvelle ponction. Or, M. Velpeau a vu des cas dans lesquels le liquide se reproduisait beaucoup plus vite si l'on injectait dans la poche un liquide irritant; d'autres cas, au contraire, et plus nombreux, dans lesquels l'injection iodée arrêtait la rapidité de reproduction du liquide

(1) Velpeau, *loc. cit.*, p. 274.

Digitized by Google

du kyste. Voici, je pense, la conduite qu'il faut tenir lorsque ces accidents se présentent :

Si, après une simple ponction, le liquide s'est reproduit très rapidement, il faut, à la suite d'une nouvelle ponction, faire une injection iodée.

Si la première ponction a été suivie d'injection iodée, on peut encore avoir recours à une nouvelle injection iodée, mais en employant une solution iodique plus concentrée. Si, dans ces circonstances, le liquide se reproduit encore très promptement, on doit alors pratiquer une seule ponction et ne vider le kyste que très incomplétement. On pourra plus tard revenir de nouveau aux injections irritantes, mais il faut les abandonner pour un temps assez long.

C'est surtout dans ces cas qu'il faut insister sur la compression du ventre, bien faite, à l'aide d'une serviette ou d'une ceinture; sur le repos au lit, sur les purgatifs, l'iodure de potassium à l'intérieur, ou les ferrugineux, les toniques si la malade est affaiblie; sur des vésicatoires volants appliqués sur l'abdomen.

Les faits que je viens de signaler n'ont été indiqués dans aucun ouvrage, et cependant ils méritent de fixer l'attention des chirurgiens.

Maintenant se présente une question très importante. A quelle époque convient-il d'opérer les kystes de l'ovaire? à quelle époque convient-il de tenter la cure radicale de ces tumeurs par les injections iodées? Je vais essayer, en m'appuyant sur des faits précédemment établis, de résumer sous forme de propositions les divers points qui peuvent se présenter à l'observateur.

1° Il n'y a pas à se préoccuper des tumeurs petites qui, assez souvent, passent inaperçues. Nous n'avons ici en vue que les tumeurs ayant acquis au moins le volume du poing ou d'une tête de fœtus.

2° Plus la tumeur est petite, plus elle offre de chances de succès.

Mais le plus souvent le médecin n'est consulté que quand la tumeur est déjà assez considérable, ou bien les malades refusent de se soumettre à aucune opération avant que le kyste, par son volume, gêne la marche ou les fonctions des organes voisins. D'un autre côté, le médecin le plus souvent, en présence d'une tumeur petite encore, bien limitée, hésite à proposer une opération qui, dans certains cas, a été suivie des plus terribles accidents. Cette hésitation, dans la plupart des circonstances, est fâcheuse.

Digitized by Google

3° Il faut considérer alors l'âge de la malade, la marche de la tumeur.

4° De dix-huit à trente-cinq ou quarante ans, un kyste ovarique est fatalement mortel, et la mort arrive dans un temps très limité, cinq à huit ans environ.

5° Au moment de l'âge critique, et surtout après la ménopause, les kystes de l'ovaire se développent plus lentement, et les malades qui présentent de semblables tumeurs peuvent vivre longtemps sans en être beaucoup incommodées; dix, quinze, vingt ans et même davantage.

6° Dans le premier cas, par conséquent, si l'on s'aperçoit que la tumeur va en grossissant à partir du moment où l'on a constaté son existence, il vaut mieux proposer tout de suite l'opération et la pratiquer quand le kyste a un petit ou un moyen volume.

7° Dans le second, si la tumeur reste stationnaire, ou si elle grossit lentement, il faut attendre que, par son volume ou son poids, elle gêne les fonctions des organes voisins avant de proposer l'opération.

8° Et si la malade est déjà avancée en âge (cinquante à soixante et dix ans par exemple), on peut se borner à avoir recours à une ponction palliative.

9° Mais si la tumeur, même après la ménopause, augmente rapidement de volume, il faut songer à l'injection iodée, si l'âge et la constitution de la malade ne viennent pas s'y opposer.

10° On a conseillé les ponctions successives pour les kystes volumineux ou pour les kystes dont le contenu est filant, onctueux, hématique. Mais il arrive parfois que les malades qui ont subi une première ponction ne veulent plus se soumettre à une seconde ponction avant que la tumeur ait repris son volume primitif. Dans ces cas, on ne gagne rien à faire des ponctions successives; on s'expose, comme l'a dit M. Pidoux, à voir la malade s'affaiblir et à perdre un temps précieux; et si la malade ou les parents sont décidés à tenter la cure radicale par l'injection de teinture d'iode, il faut y avoir recours dès la seconde ponction, *au plus tard*, sans insister plus longtemps sur les ponctions successives.

Après les injections iodées, un mot sur une opération qui a été em-

Digitized by Google

ployée pour tenter la cure radicale des tumeurs enkystées de l'ovaire. Je veux parler de la *galvanopuncture*.

Cette opération était faite, sans doute, dans le but de modifier la face interne du kyste et d'obtenir l'occlusion de la poche.

M. Moreau a cité deux cas dans lesquels elle a été mise en usage par Récamier. Deux fois elle a été suivie de mort.

Cette opération est complétement abandonnée aujourd'hui et cependant je crois que l'on pourrait y revenir. Malgré les deux cas de mort, cités par M. Moreau, j'ai peine à croire que la simple introduction de deux aiguilles à acupuncture et le passage d'un courant électrique puissent constituer toujours une opération grave. Que s'est-il passé dans les faits de Récamier, et comment la mort est-elle survenue? — Je me propose, pour ma part, d'essayer ce moyen thérapeutique quand l'occasion me sera offerte. — Sans doute je préférerai, jusqu'à plus complètes recherches, l'injection iodée aux autres modes de traitement pour les kystes séreux et pour tous les cas où elle est applicable; mais lorsqu'il s'agit de kystes à contenu filant, gélatineux, on pourrait employer l'électro-puncture, soit en appliquant les conducteurs sur la peau, soit en faisant passer un courant dans la poche à l'aide de deux aiguilles très fines enfoncées dans la tumeur.

Enfin, il me reste à parler d'une opération que M. Cazeaux a indiquée mais qui n'a pas encore été pratiquée.

Certains kystes de l'ovaire sont susceptibles de se rompre, et chez quelques femmes, cet accident a pu amener la guérison de la tumeur; M. Cazeaux s'est demandé si l'on ne pourrait pas imiter la nature, *faire rompre les tumeurs enkystées* de l'ovaire dans la cavité péritonéale. Cette opération, indiquée par M. Cazeaux sous forme de simple hypothèse, ne sera probablement jamais pratiquée. M. Cazeaux ne l'a même pas rappelée dans ses remarquables discours prononcés dans la discussion académique.

Digitized by Google

CHAPITRE V. — Traitement des accidents.

Ce chapitre n'est que l'appendice du précédent et ne nous arrêtera pas longtemps. Il sert de complément au traitement des kystes de l'ovaire.

Les accidents que peuvent présenter ces tumeurs se montrent souvent à des périodes variables. Tantôt ils tiennent au développement du kyste lui-même et au désordre qu'il apporte, par sa présence, dans les fonctions des organes voisins ; tantôt ils sont le résultat du traitement que l'on a mis en usage. — Pendant leur développement, les tumeurs enkystées de l'ovaire peuvent déterminer, dans les organes voisins, des symptômes de compression. Il faut, si la nature du kyste le permet, pratiquer une ponction, ou bien, par une bonne position, un bandage bien appliqué, chercher à soulager les malades. J'ai déjà insisté sur ces accidents et sur ceux qui peuvent se présenter s'il survient une grossesse. Je ne fais que les rappeler ici.

La poche peut s'enflammer ou se rompre, ou déterminer une péritonite grave. Il faut avoir recours à des applications de sangsues, si l'état général de la malade le permet, à des frictions d'onguent mercuriel belladoné et surtout à l'application d'un moyen vanté avec raison par M. Velpeau : *un large vésicatoire volant,* fortement camphré, couvrant presque toute la paroi abdominale. En même temps, l'opium à haute dose à l'intérieur et des lavements laxatifs.

Les accidents provoqués par le traitement sont variables aussi.

Après l'application d'une canule à demeure et du tube-séton, si le pus devient fétide et détermine des accidents d'intoxication putride, les toniques, les vins généreux, le quinquina, l'infusion de camomille, la teinture d'aconit à dose assez élevée, 2, 4, 6 grammes, seront utilement associés aux moyens locaux, aux lavages et surtout aux injections iodées.

Les symptômes d'inflammation violente de la poche ou de péritonite traumatique seront combattus par les moyens indiqués précédemment.

Enfin, et pour finir ce chapitre, si le kyste ovarique vient à se faire jour dans un organe ou une cavité voisine, des injections détersives, des lavements, des lavages, pourront retarder et même faire disparaître les accidents auxquels cette complication peut donner lieu.

Digitized by Google

Cette complication pourra, dans certains cas, être suivie de guérison. Le fait suivant, que je trouve dans les *Archives générales de médecine* (février 1859), me semble venir à l'appui de cette proposition:

Guérison spontanée d'un kyste de l'ovaire. (Observation par M. R. Lumpe.)

Le kyste s'était développé d'une manière aiguë, avec fièvre, etc., pendant les suites d'un troisième accouchement, chez une femme de vingt-quatre ans. Une ponction faite dix-huit semaines après l'accouchement évacua seize litres d'un liquide trouble et fétide; mais le kyste avait à peu près repris son volume primitif quatre semaines plus tard, et on allait procéder à l'injection iodée quand survint une diarrhée abondante qui persista pendant près de cinq semaines. Le volume de la tumeur diminuait en même temps progressivement, de sorte que l'on crut pouvoir admettre que la poche s'était ouverte dans le gros intestin.

La guérison fit dès lors des progrès rapides, et il ne resta qu'une masse indurée au niveau du cul-de-sac vaginal postérieur et à gauche. (*Wiener Zeitschrift*, 1858, n° 22.)

Digitized by Google

OBSERVATIONS

sur

L'ANAPLASTIE DE L'URÈTHRE,

Par L. GAILLARD,

Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Poitiers,
Membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, etc.

MÉMOIRE COURONNÉ PAR L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

(Deuxième prix d'Argenteuil. — Séance du 14 décembre 1858.)

La restauration de l'urèthre percé de fistules, obstrué par des rétrécissements ou même tout à fait oblitéré par le tissu inodulaire, a toujours été considérée comme une affaire très difficile : plusieurs s'y sont appliqués ; nous venons après eux présenter quelques nouveaux moyens d'opérer cette anaplastie.

Notre *premier mémoire* a rapport aux lésions graves de la région membraneuse, à ces altérations organiques qui ne peuvent être dilatées, aux douleurs, rétention d'urine, fistules urinaires qui en sont la conséquence.

Dans les cas où cette portion du canal, bien que rétrécie ou perforée, laisse encore passer un petit cathéter, on peut pratiquer l'opération de la boutonnière, préconisée par Tolet, et encore préférée par beaucoup de chirurgiens à l'incision intra-uréthrale ; mais que faire si le canal ne peut donner passage à aucun conducteur ? faut-il recourir aux diverses ponctions de la vessie, opérations dont le danger et l'insuffisance sont assez connues ? Placés dans ces circonstances pénibles, nous avons imaginé d'arriver en arrière de la région oblitérée par une opération régulière : une large incision nous conduit sur la paroi antérieure du rectum ; nous suivons cette paroi sans l'entamer jusqu'à la

Digitized by Google

prostate qui est facilement attaquée par la face inférieure; on pénètre dans sa cavité, puis l'on débride le canal d'arrière en avant (voy. Obs. n° II, p. 182); nous n'avons pas connaissance que ce procédé ait été indiqué nulle part avant notre publication dans la *Gazette médicale* du 11 novembre 1848.

Notre *deuxième mémoire*, thécoplastie de l'urèthre, est relatif aux fistules de la région spongieuse et aux oblitérations diverses que peut présenter cette région du canal. L'opération indiquée consiste à transporter en totalité la peau de la verge pour recouvrir la solution de continuité; la peau transportée doit (c'est un caractère essentiel du procédé) dépasser en arrière la plaie de l'urèthre de plusieurs millimètres.

1° Deux cas d'uréthroplastie suivis de guérison.

Obs. I. — *Lésion traumatique du canal de l'urèthre; suppuration profonde; fistules urinaires; oblitération du canal; incision à tergo, guérison.*

Merle, maçon, âgé de trente ans, de Villegas (Charente), entre à l'Hôtel-Dieu de Poitiers le 23 février 1848. Voici ses antécédents :

Le 16 août 1847, cet homme étant monté sur une charpente, glisse et tombe d'une hauteur de 3 mètres, à cheval sur une rampe d'escalier en bois; la violence du choc brise la rampe.

Merle se relève, et quelques minutes après, éprouve une vive douleur dans les parties génitales, qui se gonflent immédiatement et deviennent noires par suite d'une infiltration sanguine. Il n'y a aucun écoulement de sang par le canal. A la suite de cet accident, le malade reste trois jours sans pouvoir uriner; la fièvre s'allume, le délire survient, la vessie, extrêmement distendue, menace de se rompre. M. le docteur Duportal (de Ruffec) est appelé. Après des tentatives infructueuses pour traverser le canal délabré et dilacéré, il pratique la ponction hypogastrique. Le quatrième jour, un abcès s'ouvre à la face interne de la fesse droite et donne passage aux urines, aussi souvent que le malade éprouve le besoin d'évacuer ce liquide. Le huitième jour, on retire la canule placée dans l'hypogastre.

Pendant les mois d'octobre, de novembre et de décembre, les urines passent en partie par le canal, mais le malade les rend très lentement

Digitized by Google

et très difficilement : souvent elles s'échappent par une nouvelle fistule qui s'est formée au périnée. Vers les premiers jours de janvier, il survient une inflammation profonde dans la région où sont placées les fistules. Quelques jours plus tard, des matières purulentes sont évacuées par le canal ; en même temps, les urines cessent tout à fait de passer par les voies normales, et s'écoulent uniquement par les fistules. De plus, cette évacuation devient *continuelle* et *involontaire*.

20 février 1848. Au moment de son entrée à l'hôpital, le malade est atteint d'un mouvement fébrile continu ; il garde le lit, passe de mauvaises nuits, dépérit tous les jours. Les extrémités inférieures sont infiltrées ; la vessie, énormément distendue, remplit l'hypogastre et s'élève de deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Il existe au périnée une ouverture fistuleuse placée immédiatement en arrière des bourses, et deux autres ouvertures très larges sur la face interne de la fesse droite, à deux travers de doigt de l'anus. Le stylet ne pénètre que de quelques millimètres dans ces trajets sinueux, d'où suinte continuellement l'urine.

La partie antérieure du canal est parcourue librement par une grosse sonde, mais cette sonde est arrêtée sans pouvoir aller plus loin à l'entrée de la portion membraneuse, sous la symphyse des pubis. Une sonde droite ne réussit pas mieux à franchir l'obstacle; une injection, conduite sur cet obstacle au moyen d'une sonde et poussée fortement avec une seringue, ne peut le surmonter. Le canal est entièrement oblitéré.

Cette situation est grave et réclame de prompts secours. Une crevasse peut se faire à la vessie ; l'inflammation peut s'étendre aux voies urinaires supérieures : il faut se décider.

24 février. Le malade est placé comme pour l'opération de la taille et assoupi par le chloroforme. Un cathéter cannelé a été introduit dans le canal jusqu'au rétrécissement, qu'il ne peut franchir.

1° Une incision est faite sur la ligne médiane des bourses à l'anus. 2° On entre dans la partie postérieure de la portion spongieuse du canal, qui est distendue par le cathéter ; mais sous le bulbe la portion spongieuse se rétrécit presque subitement, et se perd dans une masse de tissu inodulaire imperméable à toute sonde ou stylet. 3° Alors le chirurgien, sans autre guide que son doigt introduit dans le rectum, incise à petits coups la masse dure semi-cartilagineuse, criant sous le

Digitized by Google

scalpel qui se trouve devant lui, et pénètre ainsi à 3 centimètres de profondeur sans trouver aucun vestige de canal ni de pertuis quelconque. Inutile de dire que cette lente et infructueuse dissection est pleine de labeurs. 4° Arrivé à cette profondeur, le chirurgien s'inquiète de sa situation, et des changements que la maladie peut avoir produits dans la direction du canal, la position du col vésical et les rapports anatomiques de ces parties; il se décide à attaquer le canal d'arrière en avant. Le doigt, introduit dans le rectum, sent, à une petite profondeur, le col de la vessie distendu par l'urine; il semble que la prostate elle-même soit largement dilatée et continue le col vésical. Un bistouri pointu, glissé sur l'index, est enfoncé dans la poche urinaire; le liquide s'écoule. 5° Une sonde cannelée est introduite dans l'ouverture; elle sert à conduire un bistouri boutonné. Le col vésical, la prostate, le sphincter de l'anus, tout est largement débridé et réuni en une seule ouverture avec la plaie déjà faite au commencement de l'opération. Le fond de cette large entaille est donc formé par une petite portion de la partie bulbaire du canal, par une masse inodulaire remplaçant la région membraneuse et même la pointe de la prostate, enfin par la prostate et le col de la vessie.

On s'assure que le rectum, attaqué obliquement, n'est ouvert que dans une étendue de 15 millimètres au-dessus de l'anus. L'hémorrhagie est peu considérable, toutes les incisions étant sur la ligne médiane. Une sonde de bonne grosseur est fixée dans la vessie; deux points de suture réunissent la partie antérieure de la plaie. (Orgeat, bouillon.)

Au point où nous en étions (§ 4), peut-être eût-il mieux valu tenter la ponction de la vessie à travers le tissu inodulaire au moyen d'un trocart. La suite nous a prouvé qu'en ce moment nous étions peu éloignés du col vésical. On eût ensuite débridé sur la canule et évité d'inciser du rectum. Mais la véritable direction du canal n'était pas *à priori* très facile à apprécier, et j'ai une répugnance fort grande pour ces manœuvres aveugles où l'instrument court tant risque de s'égarer; j'ai préféré l'incision *à cerge*, qui me promettait et m'a donné la solution immédiate de la difficulté très grave dont j'étais embarrassé.

25 février. Le malade est bien.

26 et les jours suivants. Amélioration graduelle, mais les urines passent entièrement par l'angle postérieur de la plaie.

Digitized by Google

29. On enlève les épingles ; la plaie est réunie dans toute son étendue : sauf 15 millimètres à son angle antérieur et 2 centimètres à l'angle postérieur. En examinant le rectum, on s'assure que la plaie ne s'étend pas à plus d'un centimètre de hauteur. La muqueuse n'est entamée que dans son extrémité inférieure ; point de diarrhée. (Potages, ægout.)

1er mars. On retire la vieille sonde, et on la remplace facilement par une nouvelle qui pénètre dans la vessie et donne immédiatement issue à plusieurs jets d'urine claire. Tout va bien.

Pendant les mois de mars, avril, mai et juin, les mêmes soins sont continués ; la cicatrisation de la plaie se fait graduellement. Le malade reprend des forces.

5 juillet. La plaie située du côté du rectum est entièrement cicatrisée depuis longtemps ; elle ne donne issue à aucune portion d'urine. L'extrémité antérieure de la plaie donne issue à une petite quantité de pus, et tous les trois ou quatre jours, à quelques gouttes d'urine.

Le canal a été constamment tenu dilaté depuis trente jours au moyen d'une bougie solide de gutta-percha, semblable au n° 3 de Mayor. Cette bougie, qui s'arrête à la portion prostatique et n'entre point dans le col de la vessie, est mieux supportée que les bougies élastiques ordinaires ; étant peu flexible, elle dilate le canal d'une manière plus régulière ; pendant un mois, elle n'a subi aucune altération et paraît susceptible de servir indéfiniment (1). En explorant le canal au moyen d'une sonde Mayor, on n'y rencontre aucun obstacle ; il est libre et dilaté dans toute sa longueur, la sonde n° 3 le parcourt partout avec une égale facilité.

L'émission des urines est volontaire ; le malade peut les retenir pen-

(1) J'ai fabriqué ces bougies de gutta de la manière suivante : Prenez un fragment de gutta de première qualité (en planches), ramollissez-le dans l'eau bouillante au moyen d'une planchette cylindrée, et façonnez ce fragment sur un marbre mouillé ; coupez à la longueur voulue ; par la pression du pouce, aplatissez, élargissez en manière de cuiller le gros bout du cylindre ; retournez cette cuiller qui devra faire un angle droit avec la bougie, et plus tard lui servir de capuchon et de point d'appui sur le gland, pour empêcher qu'elle n'entre trop profondément dans le canal. On fixe ces bougies en coiffant le gland d'un morceau de toile fine attaché en arrière par un lien circulaire, un simple brin de laine. Le col de la bougie est plus mince que son ventre.

Digitized by Google

dant plusieurs heures, même tout une nuit; quand il veut uriner il fait sortir la bougie de quelques centimètres, et pousse un jet assez vigoureux. C'est au moment de l'émission, quand le besoin existe depuis longtemps, que le liquide passe par la fistule. Du reste, le malade est en très bon état, frais et bien portant, fort content de sa situation; il demande instamment à reprendre ses travaux. On l'engage à continuer pendant un an l'usage peu incommode des bougies; il retourne chez lui.

Septembre 1858, il continue à se bien porter.

J'ai été poussé à cette opération hasardeuse par la nécessité; le malade s'en allait mourant, une nouvelle ponction de la vessie ne pouvait offrir qu'un avantage temporaire : la perforation des masses inodulaires au moyen de la sonde conique est bien autrement dangereuse et irrégulière que nos incisions méthodiques; je ne sais si elle a jamais procuré une guérison solide. J'étais d'ailleurs conseillé par les faits que M. Franc a recueillis à la clinique du professeur Lallemand. Ces observations, fort intéressantes, manquent de détails et m'ont laissé à trouver le procédé à suivre pour le temps difficile de l'opération : je veux parler de l'entrée dans la portion postérieure du canal. Cette découverte est particulièrement laborieuse, lorsque l'on opère, comme cela doit avoir lieu presque toujours, sur un canal entièrement ou presque entièrement oblitéré et sans le secours d'un cathéter; car l'instrument conducteur s'arrête alors en avant de l'oblitération, et dans le cul de poule que forme le canal en ce point.

M. Velpeau (1) émet une opinion peu favorable à l'uréthroplastie : il pense *que ce canal de nouvelle formation ne se maintiendrait pas et se refermerait malgré tout*, que le cathétérisme forcé serait le plus souvent préférable. Cela ne me paraît pas certain; on peut bien croire, au contraire, *à priori*, que le séjour longtemps prolongé d'une bougie et le passage incessant des urines maintiendront le canal dilaté; l'expérience prononcera. Le pertuis sinueux tracé par la sonde conique serait plus difficile à entretenir que notre voie large et directe, dans laquelle nous avons soin de comprendre toutes les portions encore perméables du canal.

La dilatation de la portion prostatique nous a permis, dans l'obser-

(1) *Nouveaux éléments de médecine opératoire*. Paris, 1839, t. IV, p. 703.

Digitized by Google

vation précitée, d'arriver à cette région par une ponction faite en arrière de l'oblitération. Je joins ici la note d'une autre opération qui a exigé un procédé différent.

Obs. II. — *Uréthroplastie; modification dans le procédé opératoire.* — B... est âgé de trente et un ans; le canal a été écrasé il y a huit mois par une roue de charrette qui a passé sur le périnée au moment où le malade était couché par terre. Les urines suintent presque involontairement, et la vessie se vide d'instants en instants avec des contractions très douloureuses; le canal, exploré avec soin et à plusieurs reprises, est imperméable aux bougies les plus déliées et aux injections. Le malade, qui souffre depuis plusieurs mois et ne peut gagner sa vie, demande à être soulagé. Après avoir incisé la région bulbaire, on cherche en vain la continuité du canal; quelques gouttes d'urine bourbeuse sortent de la plaie comme d'une éponge. Un bistouri courbe incise encore verticalement et largement sur la ligne médiane les parties indurées placées entre le pubis et l'anus, dans une profondeur de 2 centimètres; puis on explore tous les points de cette plaie, espérant y trouver quelque vestige de canal : rien.

Nous sommes dans ce moment fort rapproché de la prostate; pour arriver d'une manière certaine et sans accidents à son canal central, nous employons le procédé suivant :

L'opérateur prend un couteau boutonné long, fort et étroit, ordinairement employé pour la résection des amygdales, il l'introduit dans l'angle inférieur de la plaie, de telle sorte que le dos soit dirigé du côté du rectum et le tranchant du côté du pubis; l'index gauche, placé dans le rectum, sert de guide à l'instrument, qu'il sent à travers la paroi intestinale. Le couteau, toujours guidé par l'index gauche, arrive promptement à la pointe de la prostate, tantôt déchirant les lames celluleuses avec son extrémité, tantôt débridant à droite et à gauche à petits coups. La prostate, d'ailleurs, est bien reconnaissable à la densité de son tissu. Le chirurgien incise cette glande verticalement, sur la ligne médiane, par de petits coups dirigés de sa face inférieure à sa face supérieure, guidé en arrière par la paroi du rectum, en avant par l'arcade du pubis. Au bout de quelques instants la région prostatique du canal est ouverte largement et bien débridée; le doigt y pénètre et

Digitized by Google

de là jusque dans le col de la vessie, où il s'engage ; revenant ensuite vers les bourses et suivant avec sa pulpe la paroi supérieure, ce doigt reconnaît qu'il ne reste ni brides ni cul-de-sac, et que le canal a bien été suivi dans toute son étendue, au moins dans la partie qui était conservée. On place une sonde qui parcourt tout le canal, on rapproche les cuisses ; la plaie est peu étendue et n'exige point de suture.

Cette opération a été pratiquée à l'Hôtel-Dieu le 3 août 1848 ; elle n'a été suivie d'aucun accident.

Le 5 août, le malade rend ses urines à volonté par la sonde ; une petite quantité seulement est évacuée par la plaie.

Le 12 septembre, les sondes ont été continuées ; la plaie extérieure est à peu près cicatrisée ; nous nous disposons à employer les bougies de gutta-percha.

Cette observation est fort analogue à la précédente ; seulement le procédé employé pour retrouver la portion postérieure du canal est plus simple, occasionne moins de délabrement et s'applique à tous les cas où la portion prostatique est libre, ce qui est bien le plus ordinaire. Observons néanmoins que les larges incisions que nous avons faites à Merle n'ont pas compromis le succès de l'opération ; je dirai même que l'introduction successive des sondes a été plus facile que dans la deuxième observation. B..., le sujet de cette observation, a guéri plus vite ; mais son canal paraît moins libre que celui de Merle si grandement incisé.

M. Civiale (1) donne l'appui de son autorité à l'uréthrotomie externe ; il nous fait remarquer que M. Syme considère la perméabilité du canal comme une condition indispensable de la section périnéale externe ; nos procédés ont précisément pour but de rendre l'uréthrotomie praticable dans les cas où le canal est *imperméable* au cathéter.

Dans ces deux circonstances, il nous a été impossible de retrouver le trajet du canal dévié et presque oblitéré dans la portion membraneuse ; c'est en désespoir de cause que nous avons été obligés de marcher directement sur la prostate.

En semblable occasion, et lorsque le canal ne peut recevoir de cathéter, on pourrait, sans s'occuper du rétrécissement, aller tout de suite et

(1) *Traité des maladies des organes génito-urinaires.* Paris, 1858, t. I, p. 320 et suiv.

Digitized by Google

de prime abord à la recherche de la prostate ; on entrerait alors dans le triangle qui sépare le rectum du canal par l'incision ovalaire que donne Lisfranc pour l'extirpation du rectum cancéreux.

2° Thécoplastie de l'urèthre.

La restauration du canal de l'urèthre, dans la portion presque sous-cutanée qui est en rapport avec les corps caverneux, a été rarement suivie de succès. Cela n'étonne point ceux qui ont vu leurs incisions et leurs sutures inondées d'urine, lavées et incessamment cautérisées par ce liquide âcre, qui détruit toutes les effusions plastiques. On peut même affirmer qu'à moins d'avoir expérimenté personnellement, le chirurgien n'a pas une juste idée des difficultés que l'on éprouve pour cicatriser un pertuis filiforme, *à fortiori* quand il s'agit d'une large perte de substance.

Une circonstance fortuite m'a mis sur la voie du procédé que je présente aujourd'hui à l'Académie. En 1848, j'avais à enlever une tumeur sarcomateuse placée à la base du gland près du frein et profondément adhérente à l'urèthre. Pendant l'opération, ce canal fut troué d'une ouverture large comme une pièce de 25 centimes ; les chirurgiens présents pensaient tous que le malade garderait une fistule ; néanmoins le prépuce, qui avait été, pour le temps de l'opération, repoussé en arrière, fut ramené en avant sur la plaie qu'il recouvrit entièrement.

Pendant les premiers jours le malade urina largement par l'ouverture anormale ; puis vinrent la suppuration et les bourgeons charnus, et la cicatrisation avec adhérence du prépuce au canal et occlusion complète de la fistule qui ne s'est jamais reproduite.

Quelques années plus tard s'est présentée une occasion favorable d'utiliser cette observation.

M... (de Charrais), maçon, âgé de vingt-cinq ans, reçoit en 1835 un coup de pied de cheval qui atteint les parties sexuelles ; il survient une inflammation vive, puis une abondante suppuration ; il reste une fistule qui a persisté jusqu'à ce moment.

Le 3 janvier 1850, nous examinons le malade avec MM. de la Mardière et Guignard, docteurs en médecine, qui ont bien voulu nous assister dans ces opérations.

Digitized by Google

La verge est longue de 8 centimètres ; à 5 centimètres du bout du gland, et sur la face inférieure de la verge, le canal est ouvert par une large perte de substance ; il manque entièrement dans une étendue de 18 millimètres, il est remplacé par une surface cutanée épidermique qui couvre le corps caverneux. Ce plancher solide, fibreux, s'étend sur les côtés de la verge, à droite et à gauche. Sur le bord de cette surface se voient deux orifices muqueux (pl. I, fig. 1, C. D), tout à fait isolés l'un de l'autre, éloignés de 18 millimètres, sans aucune trace de paroi uréthrale intermédiaire. L'orifice placé en arrière est un peu plus large que l'autre. Ces deux orifices sont ceux du canal de l'urèthre ; en introduisant par le méat urinaire une sonde qui passe facilement de la portion antérieure du canal dans sa partie postérieure, on voit mieux encore que l'urèthre manque entre les deux orifices. Inutile de dire que les urines passent entièrement par cette solution de continuité, et que le malade, ennuyé de sa difformité, est bien décidé à subir une opération pour se guérir.

Pour remédier à un état de choses si fâcheux, nous consultons les Mémoires de M. Ségalas (1). La plupart des procédés indiqués ne peuvent convenir à notre situation ; ce sont des avivements avec suture des bords de la fistule, déplacement latéral, rotation de la peau.... Notre lésion comprend le canal dans toute son épaisseur, et, de plus, la peau des régions voisines. On voit, en examinant la figure 1, qu'il y a destruction étendue des parties molles. Au reste, ces procédés ont été employés pour remédier à des fistules de petite dimension grandes comme le bout d'une sonde, disent Dieffembach et A. Cooper.

Venu le dernier, M. Ségalas a perfectionné les méthodes de ses devanciers et oblitère la fistule avec la peau du prépuce déplacée en arrière, et crée momentanément une voie artificielle aux urines à travers le périnée. Le fait qu'il raconte est un brillant succès obtenu, comme le nôtre, après bien des tribulations.

A la conclusion de ce petit mémoire, on verra en quoi notre procédé diffère de celui qui a été mis en usage par ce savant chirurgien. Nous

(1) *Lettre à Dieffenbach sur une uréthroplastie faite par un nouveau procédé, et suivie d'un plein succès.* Paris, 1840, in-8, avec trois planches. —*Mémoire sur l'uréthroplastie* (*Mémoires de l'Académie de médecine.* Paris, 1845, t. XI, avec planches).

Digitized by Google

avons, d'ailleurs, éprouvé comme lui l'insuffisance de la compression des sutures.

Opération. — Le 4 janvier, on cautérise avec un crayon d'azotate d'argent le bord scrotal de la solution de continuité; le 5, l'épiderme est soulevé, une portion est même escharifiée.

On marque par deux raies circulaires (fig. 1*, 1-2) et deux longitudinales (3-4), tracées avec la teinture d'iode, les incisions à faire. Le malade est éthérisé à fond et bien maintenu.

1° En suivant les lignes 3 et 4, on fait à droite et à gauche du trajet deux incisions comprenant toute l'épaisseur du tégument, aboutissant en avant et en arrière aux lignes circulaires 1 et 2; ces deux incisions longitudinales laissent entre elles un intervalle de 12 millimètres tapissé par un tégument solide. Ce tégument formera désormais la paroi supérieure du canal.

2° On trace tout autour de la verge (fig. 1*) une incision circulaire suivant la ligne 1-1, qui passe sur le bord du méat antérieur, puis une deuxième incision circulaire 2-2, qui passe sur le bord du méat postérieur. La portion de peau circonscrite par les quatre incisions est disséquée et enlevée; elle forme un cercle complet, sauf le lambeau 3 C 4 3 D 4, qui reste entre les méats.

3° Retirant alors le lambeau antérieur n° 20 jusqu'au gland, on le dissèque rapidement en incisant les brides celluleuses par lesquelles la peau adhère au corps de la verge.

4° Le lambeau postérieur n° 21 est retiré vers le scrotum et disséqué, mais dans l'étendue de 8 millimètres seulement des tissus sous-jacents. Inférieurement, cette dissection est fort difficile à cause de la densité du tissu de la cicatrice. On isole cependant ce tégument induré du canal de l'urèthre, et on le repousse en arrière.

Nota. Cette dissection s'est trouvée insuffisante; il eût fallu, comme à la seconde opération, enlever le tégument qui recouvrait la partie postérieure du canal dans l'étendue de plus de 1 centimètre.

5° Avec trois fils de soie armés chacun de deux aiguilles fines, on fait au-dessous et sur les côtés de la plaie trois points de suture ainsi exécutés : première aiguille traverse la face saignante du lambeau scrotal, puis la face cutanée, puis la face saignante du lambeau antérieur, puis la face cutanée; deuxième aiguille du même fil, enfoncée à 1 centi-

Digitized by Google

mètre de distance sur le côté, parcourt un trajet analogue, laissant ainsi une anse dont le milieu repose sur la face saignante du lambeau scrotal, et les deux bouts sortent sur la face cutanée du lambeau antérieur. Les trois anses sont ainsi placées à 8 millimètres de distance du bord saignant du lambeau scrotal, et à 2 centimètres environ de distance du bord saignant du lambeau antérieur.

Nota. L'expérience nous a démontré les mauvais effets de cette suture si rationnelle en apparence; chaque piqûre est devenue un orifice fistuleux; elle eût été facilement suppléée par des agglutinatifs.

6° On passe une grosse sonde dans la vessie en suivant le trajet du canal.

7° Le lambeau antérieur bien décollé dans tout son pourtour, comme nous l'avons dit, est alors transporté en arrière *sur* le lambeau scrotal; il le coiffe, le recouvre complétement, et s'étend sans difficulté ni tiraillement jusqu'à l'origine des bourses, *à plus de 2 centimètres en arrière de l'orifice fistuleux postérieur*, à la manière du couvercle d'un étui. Le prépuce s'est dédoublé et a glissé en arrière sur le gland qui reste découvert.

Les anses de soie sont alors serrées sur un petit rouleau de linge; elles maintiennent l'opercule en place sans tension. Quelques bandelettes de collodion, placées en haut et sur les côtés, fixent la peau transplantée en arrière. On incise le frein du prépuce pour éviter toute traction, une bande de fine toile entoure la verge et fixe tout l'appareil. La sonde est attachée à ce bandage roulé. Fomentations fraîches.

Le 6 janvier, au matin, point de fièvre; le malade se trouve très bien. Gonflement considérable, œdème du prépuce. On enlève la bande roulée et les ligatures. Les choses sont en bon état; l'urine sort en majeure partie par la sonde, mais quelques gouttes filtrent en arrière de la plaie.

Bandelettes imbibées d'huile autour de la plaie; bande roulée.

Le 9, la peau est un peu revenue en avant, *elle semble* adhérer partout à la surface cautérisée et avivée.

Le 13, le gonflement diminue.

Le 16, douzième jour de l'opération, on enlève la sonde, qui est un peu encroûtée à son extrémité vésicale. La peau, déplacée en arrière, est cicatrisée en dessus, sauf un rebord de 4 millimètres qui dépasse en

Digitized by Google

arrière. On excise ce petit liséré. En dessous, la cicatrisation s'établit aux limites de l'eschare occasionnée par le caustique; il reste, au point de jonction, une fente étroite transversale à l'axe de la verge. Quand le malade veut uriner sans avoir de sonde dans le canal, une portion du liquide passe par cette ouverture, mais la majeure partie suit les voies normales.

Le 18, nouvelle sonde; on scarifie le prépuce œdématié.

Le 24, on renouvelle la sonde; la cicatrisation marche grand train; le gonflement est bien diminué. Si l'on injecte le canal avec de l'eau, il sort en arrière, au point de jonction des lambeaux, un filet de liquide de la grosseur d'une plume de corbeau. Les plaies produites par les sutures n'ont point une bonne apparence; elles entament d'une manière fâcheuse le lambeau qui couvre la fistule; plusieurs d'entre elles sont converties en des pertuis fistuleux et donnent passage à quelques gouttes d'urine.

Le 26, on fend sur le dos de la verge la peau tendue qui forme une bride circulaire un peu en arrière de la couronne du gland : les bords de cette incision longitudinale s'écartent immédiatement de 1 centimètre; on rapproche avec soin les lèvres de la plaie située au-dessous de la verge au moyen du collodion.

Le 28, on renouvelle la sonde; l'application du collodion est restée inutile.

Le 16 février, tout le pourtour de la plaie est cicatrisé, sauf quelques pertuis.

Le 26 février, cinquante-deuxième jour, on enlève la sonde et on laisse le canal libre. Le malade aura soin de tenir le canal dilaté pendant toute la durée de la nuit, avec une forte bougie de gutta qui s'arrêtera à 1 décimètre environ de profondeur.

Le 4 mars, on injecte le canal avec de l'eau tiède; il s'écoule quelques gouttes par les anciens points de suture, et un filet en jet continu par l'orifice (fig. 3, n° 5) qui se trouve au point de jonction des deux lambeaux.

Les semaines suivantes, on fait des tentatives pour oblitérer les orifices fistuleux; ils sont cautérisés avec le nitrate d'argent, enflammés avec la teinture et la pommade de cantharides, comprimés, réunis par le collodion, etc. — Peu de succès.

Digitized by Google

A la fin de mars, le malade se trouve assez bien lorsque la verge est baissée; les lèvres des fistules se compriment, et la sortie des urines se borne à un suintement. M... retourne à ses travaux.

Le 14 janvier 1851, après une année d'intervalle, le malade vient nous voir de nouveau. Voici son état :

Le résultat de l'opération n'est pas complet, comme nous l'avions espéré (voy. fig. 3). La verge a repris une forme normale. Les tissus sont dégorgés, la perte de substance qui existait au canal est réparée; mais il reste de ce vaste hiatus une ouverture (5) capable de recevoir un stylet; de plus, les plaies faites par les sutures sont devenues fistuleuses et laissent suinter l'urine. Il est évident que le lambeau transporté n'a point suffisamment adhéré aux tissus rafraîchis par la cautérisation; au contraire, il a glissé peu à peu et lentement sur cette surface, jusqu'à ce qu'il se soit trouvé bord à bord pour obtenir le recouvrement en étui du canal qui fait l'objet de notre procédé. Nous aurions dû largement exciser le lambeau postérieur et mettre à découvert la partie du canal sur laquelle nous voulons appliquer le lambeau transporté de cette façon. Ce dernier lambeau formera, en arrière de la fistule, une soupape de 1 centimètre, recevra les urines à la manière d'une tuile, et préviendra la formation d'une fistule permanente.

Les sutures, comme nous l'avons dit, n'ont point empêché le passage des urines, ni prévenu la rétraction; elles ont été l'origine de fistules opiniâtres.

Le 14 janvier 1851, encouragé par notre premier succès, nous procédons à une opération semblable à celle qui a déjà été faite sur le même sujet, sauf quelques modifications dont l'utilité a été reconnue.

1° Incision circulaire à la base de la verge à 15 millimètres en arrière de la fistule.

2° Dissection de la peau tout autour de la verge jusqu'au gland. Cette dissection est bien plus laborieuse que la première fois; le tissu cellulaire est moins lâche. Au niveau des fistules la peau adhère à la paroi du canal; on sépare cependant par une dissection minutieuse ce tégument des tissus sous-jacents, et on laisse sur le canal une sorte de membrane celluleuse qui forme paroi; elle est percée d'ouvertures correspondant aux fistules.

Digitized by Google

Nota. Nous aurions mieux fait de cerner cette pièce de peau par quatre incisions.

On l'aurait laissée en place. Nous aurions fait passer par-dessus ce carré le lambeau antérieur; il aurait été en arrière recouvrir le canal dénudé.

Il vaut mieux utiliser les parties que les exciser.

3° On excise une grande portion de la peau décollée circulairement jusqu'au niveau de la fistule (fig. 3*).

4° La peau restante est portée en arrière de manière à coiffer encore le tégument resté à la base de la verge. Par suite de l'ablation de la peau placée en arrière de la suture (fig. 3*, 18), le tégument déplacé recouvre le canal à 15 millimètres en arrière de la fistule.

On met une sonde dans le canal, elle reste ouverte; le tégument antérieur est fixé sur la base de la verge, qu'il recouvre, par des bandelettes de collodion; bandage circulaire.

Inutile de dire que nous avons disséqué et développé en arrière tout le prépuce; c'était notre dernière ressource.

Si la région (fig. 1, A B), au lieu de présenter une large perte de substance, offrait seulement un orifice fistuleux (fig. 3*, X), ou même un arrosoir percé de plusieurs trous, il faudrait toujours isoler cette portion de peau par nos quatre incisions (fig. 3*, $\delta\delta$ $\gamma\gamma$), que l'on éloignerait même de 18 à 20 millimètres l'une de l'autre, de manière à conserver intact tout le plancher de l'urèthre; le lambeau circulaire étant enlevé sur le dos de la verge, comme il est dit au premier procédé, on couvrira le carré avec la peau déplacée, et l'on obtiendra ainsi une épaisseur double pour la région inférieure du canal. Il est entendu que le carré (X) aura été préalablement avivé avec le nitrate d'argent pour adhérer à la peau qui doit le couvrir.

Le lambeau transporté ira en arrière du carré (X) recouvrir l'urèthre mis à découvert, comme nous l'avons dit, et prendre son point d'adhérence bien en arrière de la fistule sur la région n° 18 (fig. 3).

Suites de l'opération.— Le 17, le malade se trouve bien; gonflement œdémateux des parties; quelques phlyctènes sur le gland.

Le 18, la sonde s'enfonce un peu trop dans la vessie, elle se recourbe et cesse d'être perméable; à la suite d'un besoin d'uriner, le liquide sort en nappe entre les deux lambeaux.

Digitized by Google

Le 19, on enlève l'appareil avec précaution ; la réunion est complète en plusieurs points ; en bas et à gauche, les deux lèvres de la plaie sont accolées et affrontées sans être réunies ; c'est par là que s'est écoulée l'urine.

Nouvelle sonde.

Le 30 janvier, compression circulaire avec une bande de mousseline ; nous l'avons employée d'autres fois avec succès.

Le 26, les urines ayant cessé de couler pendant la nuit, le malade change lui-même sa sonde avec facilité ; le corps de la verge, sa racine, sont tuméfiés ; un large sillon sépare les téguments qui semblaient si bien réunis les jours précédents ; nous attribuons cet accident à quelque infiltration d'urine ; tout cela a mauvaise mine.

Le 4 février, amélioration : la verge est considérablement diminuée de volume ; la plaie circulaire est cicatrisée dans la majeure partie de son étendue ; il reste cependant en dessous et de chaque côté trois ouvertures fistuleuses ; elles ne donnent point issue à l'urine, parce que le canal contient toujours une sonde ; mais ces ouvertures laissent échapper par la moindre pression un mucus puriforme venant du canal et sécrété par la muqueuse.

On continue le traitement ; la sonde n'est point fermée.

Le 10 mars, amélioration progressive : les ouvertures fistuleuses diminuent ; celle de gauche est encore bien grande ; on enlève la sonde à demeure pour éviter d'entretenir la suppuration du canal ; désormais le malade se sondera avec une sonde Mayor chaque fois qu'il éprouvera le besoin d'uriner ; on couvre les fistules avec un agglutinatif formé de gomme laque ramollie par l'alcool, sans succès ; aucun adhésif ne tient à cette peau humide et molle.

Le 15, le malade se sent en état de travailler ; il retourne chez lui. On conseille de comprimer habituellement la verge avec une bande de mousseline et de cautériser les pertuis de temps à autre avec le nitrate d'argent.

Le 20, le malade urine librement et largement sans sonde ; quelques gouttelettes passent en dessous par deux pertuis ; un jet sort à gauche par le grand orifice déjà signalé.

Le 29 juin 1851, le canal reste perméable à une grosse bougie ; toute la plaie circulaire est cicatrisée et soudée ; il reste sous le canal un per-

Digitized by Google

tuis correspondant à un ancien point de suture; il laisse encore suinter une goutte d'urine. — Le malade, d'ailleurs, est parfaitement satisfait; lorsqu'il a le soin, au moment d'uriner, de mettre le doigt sur ce pertuis, il ne perd aucun liquide. Nous conseillons d'aviver ce pertuis de temps à autre avec l'azotate d'argent, et de pincer le trajet fistuleux dans toute son étendue avec deux doigts chaque fois que les urines seront expulsées : quelques mois plus tard, M... se trouve suffisamment guéri et se marie.

Notre procédé pourrait s'appliquer en sens inverse, c'est-à-dire d'arrière en avant, à la guérison de l'hypospadias, quand l'ouverture n'est pas placée plus loin que la base du gland; c'est le plus ordinaire. La peau de la verge servirait à constituer la paroi absente du canal; on ferait ainsi :

1° Avivez largement avec l'ammoniaque ou le nitrate d'argent les deux bords du demi-canal qui existe à la face inférieure du gland, laissant avec soin l'épiderme intact sur la partie qui doit plus tard constituer la paroi supérieure du canal;

2° Incisez circulairement la membrane muqueuse du prépuce : l'incision séparera la peau de la muqueuse uréthrale sur le bord même de l'orifice urinaire;

3° Faites glisser le prépuce en arrière, et détachez-le du corps de la verge;

4° Puis portez le prépuce et toute la peau détachée en avant, de manière à produire un phimosis; fixez le prépuce dans cette nouvelle position par deux ou trois anses de fil qui le fermeront au-devant du gland; placez une sonde dans le canal; les surfaces saignantes de la plaie se trouveront maintenues en contact avec les surfaces avivées du gland; il y aura adhésion et restauration de la paroi inférieure du canal : il serait facile d'exciser quelques portions superflues du prépuce, s'il s'en trouvait.

Certains rétrécissements cartilagineux du canal de l'urèthre se trouvant très limités, pourraient être traités à la manière des anciens par l'extirpation de la partie malade. Il y aura aussi parfois avantage à faire pour les rétrécissements de la partie antérieure du canal ce que nous avons fait pour la région prostatique (voy. plus haut, p. 182), je veux dire des incisions avec solution de continuité à la peau pour prévenir

Digitized by Google

les infiltrations. Dans ces diverses circonstances, le procédé opératoire serait modifié ainsi qu'il suit :

Incision *circulaire* et non *longitudinale* de la peau de la verge et du tissu cellulaire sous-cutané à 1 centimètre au moins en arrière de la partie du canal où l'on veut opérer ; dissection des adhérences jusqu'à ce que la région soit mise à nu ; — après l'opération, retour de la peau ; elle couvre la plaie et forme derrière elle une solide valvule disposée en étui.

Suivant le même principe, quand il s'agirait d'opérer sur le canal à peu de distance de son orifice, on commencerait par détacher, disséquer et refouler vers la racine de la verge le prépuce, qui plus tard servira d'opercule.

Conclusion. — Chaque auteur s'exagère le mérite de son œuvre en raison du labeur qu'elle lui a coûté ; il a une indulgence paternelle pour les défauts de son enfant. Je crois donc, sans oser l'affirmer, que mon procédé se distingue de ceux qui ont été précédemment employés pour obtenir la guérison des fistules urinaires. Voici ses caractères particuliers :

1° Incision circulaire et transport de *toute* la peau de la verge à 2, 3 et 4 centimètres de distance, soit en avant, soit en arrière, suivant les besoins de l'opérateur ;

2° Ablation d'un lambeau circulaire qui permet ce déplacement de totalité sans les plicatures, brides et tiraillements qui résultent des autres procédés ;

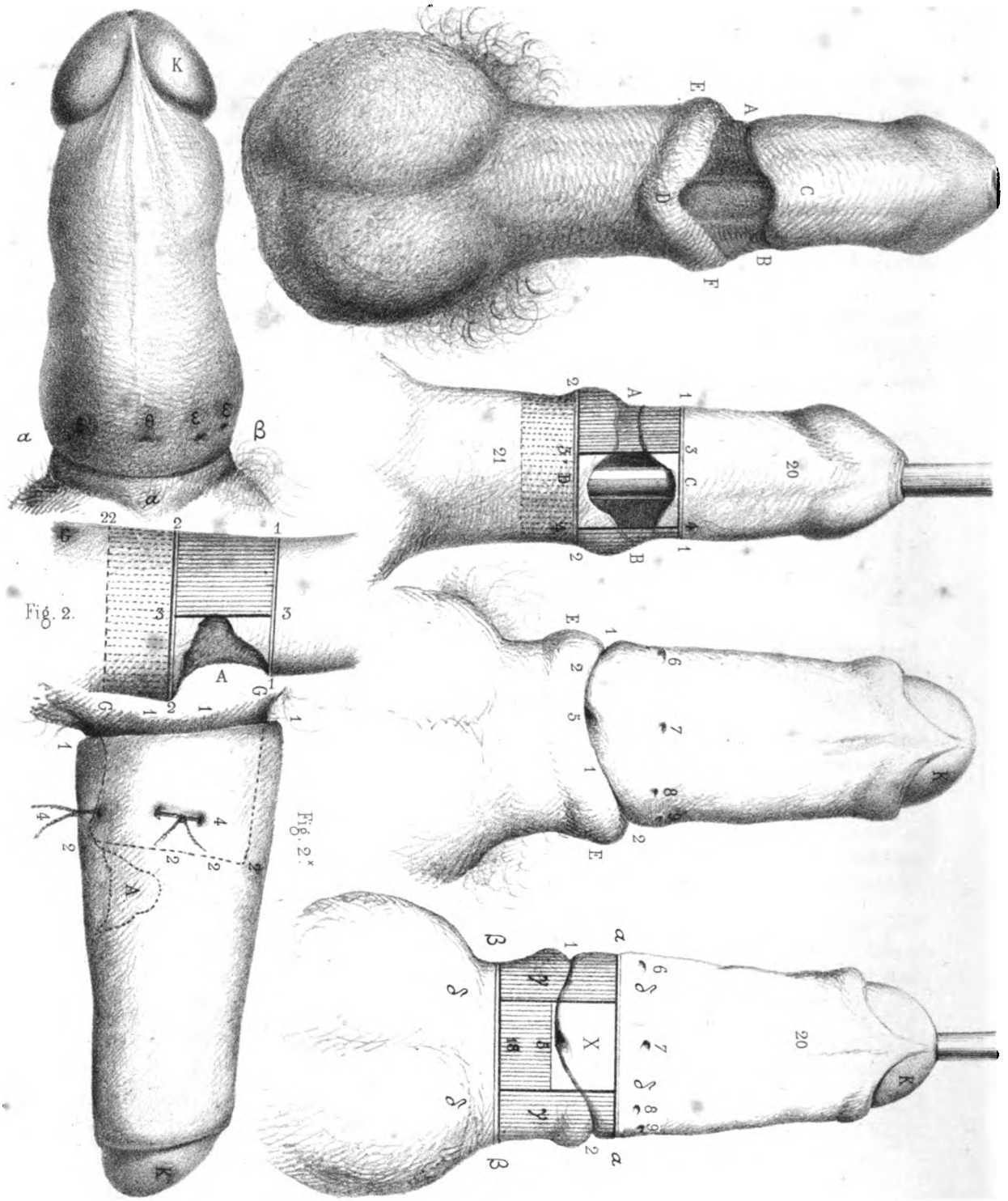
3° Recouvrement de la fistule et du canal de l'urèthre, mis à nu dans une étendue de plus d'un centimètre *au delà de la fistule*, par le lambeau antérieur poussé en arrière, et formant une large valvule en étui (thécoplastie) ;

4° Inutilité des sutures, qui refoulent les lambeaux en dedans ; car la peau de l'opercule reste ample et souple, elle n'éprouve ni tension, ni traction ; un topique adhésif suffit pour la maintenir en place. D'ailleurs le travail de cicatrisation tend toujours à rapprocher le tégument du tégument, et à réunir, 1 centimètre en arrière de la fistule, le bord antérieur de la plaie à son bord scrotal ;

Digitized by Google

Digitized by Google

Fig. 4.



P. Lackerbauer lith.

Imp. Becquet frères

Publié par J.B. Baillière et fils à Paris.

Digitized by Google

5° L'étendue de la valvule nous permet de nous passer de la boutonnière que plusieurs chirurgiens célèbres ont jugée indispensable.

EXPLICATION DE LA PLANCHE.

FIG. 1. État du malade avant l'opération.
A B. Large perte de substance que présente la face inférieure de la verge.
C D. Ouverture du canal.
E F. Bourrelet épais qui résulte du refoulement et de la rétraction des tégumens.

FIG. 1*. Une sonde introduite dans le canal paraît à travers la fistule et fait juger de son étendue.
A B. Large perte de substance.
C D. Orifices du canal.
1-1. Incision circulaire.
2-2. Incision circulaire.
3-3 Incision verticale.
4-4. Incision verticale.
20. Lambeau antérieur.
21. Lambeau postérieur.
La ligne ponctuée indique où nous *aurions dû faire* notre incision. (Voyez p. 185.)
La surface ponctuée est celle que nous aurions dû enlever.

FIG. 2. Détails de la première opération; incisions numérotées comme à la figure 1.
1-1. Incision circulaire.
2-2. Incision circulaire.
3-3. Incision verticale, côté droit.
A. Fistule vue de profil; perte de substance.
G. Racine de la verge.
22. Ligne ponctuée..... (Comme à la figure précédente.)

FIG. 2*. Après l'opération, peau de la verge transportée en arrière sur la racine de cet organe.
1-1. Bord du lambeau antérieur transporté en arrière sur la base de la verge.
2-2-2-2. Bord du lambeau scrotal recouvert par le lambeau antérieur.
A. Fistule couverte par le lambeau.
4-4. Fils des sutures.
K. Gland en partie découvert.
G G. Base de la verge.

Digitized by Google

FIG. 3. Résultat de la première opération, le 7 décembre 1850. Une sonde est placée dans le canal.

K. Gland demi-découvert.

1-2. Cicatrice au point de jonction des deux lambeaux en avant du bourrelet E E.

5. Ouverture qui laisse sortir un filet d'urine.

6-7-8-9. Pertuis des sutures qui permettent un léger suintement.

FIG. 3*. Manuel de la deuxième opération. Ce manuel est celui que nous aurions dû employer. (Voyez page 189.) Il diffère un peu de celui qui a réellement été mis en usage.

1-2. Cicatrice de la précédente opération.

5. Ouverture fistuleuse.

6-7-8-9. Pertuis fistuleux.

X. Plancher nouveau de l'urèthre.

18. Portion de peau qui doit être enlevée.

αα. Incision circulaire antérieure.

ββ. Incision circulaire postérieure.

γγ. Troisième incision, parallèle aux deux premières, qui limite le plancher de l'urèthre.

δδ-δδ. Incisions verticales latérales.

K. Gland découvert.

J'ai fait laisser en blanc, au milieu de l'ombre, le plancher X qui doit être conservé, tandis que les hachures indiquent, à droite, à gauche et en bas, les portions de peau que l'on doit enlever; le lambeau antérieur n° 20 viendra couvrir le canal, dénudé par l'enlèvement du lambeau n° 18.

FIG. 4. Résultat de la deuxième opération, le 29 juin 1851.

K. Gland entièrement dépouillé de son prépuce.

ααβ. Cicatrice des lambeaux bien plus rapprochée de la base de la verge que la précédente.

εεε. Anciens pertuis tous cicatrisés.

6. Ancien pertuis de suture qui suinte un peu.

Le corps de la verge présente encore du gonflement.

Digitized by Google

OPÉRATIONS D'ANUS ARTIFICIEL,

Par M. JULES ROCHARD,

2e chirurgien en chef de la marine,
Professeur de pathologie externe et de médecine opératoire à l'École de médecine navale de Brest, lauréat de l'Académie impériale de médecine (1).

Dans le cours de la discussion soulevée le 24 juillet dernier au sein de l'Académie de médecine, M. Velpeau (2) a paru douter que les sujets chez lesquels on établit un anus artificiel pour remédier à un vice de conformation congénital, puissent atteindre l'âge adulte. Il a déclaré n'en avoir jamais vu, en invitant ceux de ces confrères qui auraient eu l'occasion d'en observer à les signaler. Aucun des membres présents à la séance n'a répondu à cet appel, et M. Robert lui-même s'est borné à citer le fait de Duret, dont le sujet est mort depuis vingt ans. Les circonstances m'ont mieux servi et j'espère que l'Académie accueillera avec bienveillance la communication que j'ai l'honneur de lui adresser et la série d'observation sur laquelle elle est basée.

Les cas d'imperforation de l'anus sont très communs à Brest ; l'opération par la méthode de Littre y a très souvent été pratiquée, je l'ai faite deux fois moi-même, sans réussir il est vrai, mais, depuis la fin du siècle dernier, on a obtenu dans cette ville une dizaine de succès bien authentiques. Jean Miriel, gendre de Duret, a pu compter à la même époque, cinq de ses opérés jouissant d'une santé parfaite, et son fils a consigné quelques-uns de ces faits, dans sa thèse inaugurale soutenue à Paris, le 3 avril 1835.

Il y a quelques années, on pouvait voir, à l'hospice civil, deux femmes déjà âgées, dont l'une avait été opérée par J. Miriel et l'autre

(1) Voyez le Rapport fait à l'Académie, par M. le docteur Robert (*Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXIV, p. 423 et suiv.).

(2) *Bulletin de l'Académie*, t. XXI, p. 943.

Digitized by Google

par Sérand. Cette dernière vit encore et j'ai pu l'examiner à loisir. J'aurais désiré pouvoir faire connaître en détail toutes ces observations, mais je n'ai pu recueillir de renseignements suffisants que sur cinq d'entre elles. Je vais les exposer dans l'ordre chronologique.

Obs. I. — La première jouit d'une célébrité méritée, c'est celle du nommé Ledrèves, né le 18 octobre 1793, opéré le 20 par P. Duret. Ce fait, cité par M. Robert, est consigné dans tous ses détails, dans le *Traité de pathologie externe* de Vidal (de Cassis) (1). Je crois inutile de le reproduire, mais je puis le compléter. Ledrèves est mort en 1836, à l'hôpital de la Marine; l'autopsie a été pratiquée par M. Foullioy, alors premier chirurgien en chef de la marine, et la pièce pathologique est conservée depuis cette époque, au Musée d'anatomie de l'École de médecine navale. Elle m'a paru assez intéressante, au point de vue historique, pour que j'aie cru devoir la décrire et en annexer le dessin à ce travail.

La tumeur formée par le renversement du gros intestin est considérable. Elle a 10 centimètres de longueur sur 16 de circonférence, à sa partie moyenne; renflée à sa base, elle paraît comme étranglée, à son point de jonction avec les parois abdominales; ces dimensions considérables peuvent être attribuées à l'étendue donnée par Duret, à l'incision des parois abdominales (un pouce et demi), mais surtout à la négligence du sujet qui n'a jamais pris le soin de la maintenir. Sa forme est celle d'un cylindre légèrement recourbé, dont la concavité est tournée en arrière et en dedans. L'orifice du bout supérieur est large, irrégulièrement frangé, disposé en entonnoir et constitué par des plis rayonnés qui se prolongent, en diminuant de profondeur, jusqu'au tiers inférieur à peu près. Des rides transversales très superficielles les croisent à angle droit, dans certains endroits. L'orifice du bout inférieur, beaucoup plus étroit, plus régulièrement arrondi, en occupe le sommet. La portion du tube digestif située au-dessous, a 25 centimètres de longueur environ et se termine, en s'effilant, par une extrémité en cul-de-sac. Il n'existe pas d'ouverture anale, la peau passe d'un côté à l'autre, en tapissant la rainure qui sépare les fesses. Une distance de

(1) Quatrième édition. Paris, 1855, t. IV, p. 419.

Digitized by Google

5 centimètres sépare cette rainure du fond du cul-de-sac formé par le rectum. Les parties génitales sont bien développées et régulièrement conformées, à l'exception d'un léger degré d'hypospadias.

Obs. II. — Marie Perrine, enfant naturel, déposée le 26 janvier 1813, dans le tour de l'hospice civil, opérée le même jour par Sérand, chirurgien de seconde classe de la marine. Cette femme, aujourd'hui âgée de quarante-trois ans et demi, est toujours attachée à l'établissement, en qualité d'infirmière. Je viens de l'examiner et d'exécuter, d'après nature, le dessin ci-joint. Depuis sa naissance elle jouit d'une santé parfaite. Elle est petite, mais robuste et employée aux plus rudes travaux. Elle déclare n'avoir jamais éprouvé de douleurs dans la région qui a été le siége de l'opération, et l'infirmité dont elle est atteinte ne lui cause que peu d'incommodité. Les digestions sont excellentes, les selles solides, périodiques et volontaires. Lorsque le besoin de les rendre se fait sentir, elle en est avertie par un sentiment de plénitude et de gêne dans le flanc gauche. Elle enlève alors son appareil, qui consiste tout simplement dans un bandage de corps et une compresse; elle le replace lorsque le besoin est satisfait. Dans l'intervalle, il ne s'échappe pas de matières stercorales, il s'opère seulement un suintement presque imperceptible par le bout supérieur. La tumeur formée par le renversement du gros intestin, est du rouge le plus vif; elle est beaucoup plus petite que celle de Ledrèves; elle a 6 centimètres de longueur sur 13 de circonférence, sa forme est celle d'un ovoïde à extrémités aplaties. La disposition réciproque des orifices et la direction des plis est la même, mais leurs dimensions sont plus petites. Sous l'influence de la compression, elle s'affaisse et se vide, mais elle n'est pas complétement réductible. Elle n'est le siége d'aucun prurit, d'aucune douleur, si ce n'est lorsqu'il survient de la diarrhée que cette femme semble redouter beaucoup, à cause de l'écoulement incessant des matières, et de l'irritation que leur contact détermine. Elle y est du reste peu sujette et l'arrête facilement à l'aide de lavements qu'elle prend sans difficultés.

Obs. III. — Madame ***, née le 16 mai 1816, opérée le 18 par J. Miriel. Depuis cette époque, elle n'a pas cessé d'habiter Brest; elle

Digitized by Google

a constamment joui de la santé la plus florissante. Pendant sa vie de jeune fille, elle n'a renoncé à aucun des plaisirs que sa position lui permettait de goûter, et dans les réunions auxquelles elle assistait, dans les bals auxquels elle prenait une part active, rien ne pouvait faire soupçonner le vice de conformation dont elle est atteinte. Elle est âgée de quarante ans aujourd'hui, veuve et mère de quatre enfants, forts et bien constitués, qu'elle a nourris elle-même. Ses grossesses, ses couches ont été aussi normales, aussi simples que possible. Elle n'a jamais ressenti la moindre douleur dans la région opérée. Il ne paraît pas exister, dans ce point, de tumeur d'un volume notable, mais je n'ai pas pu m'en assurer. Sa santé est irréprochable, son embonpoint en rapport avec son âge et sa vigoureuse constitution.

Obs. IV. — Le quatrième fait m'a été communiqué par le docteur Mollet, médecin en chef de l'hospice civil. La femme qui en fait le sujet, avait été opérée par J. Miriel, à une époque qu'on n'a pas pu préciser. Elle était, comme Marie Perrine, attachée à l'hospice civil, lorsqu'en 1842 elle fut atteinte d'une carie scrofuleuse qui nécessita l'amputation de la jambe, qui fut pratiquée par le docteur Mollet. Elle avait alors vingt-cinq ans. La tumeur présentait les mêmes caractères que les précédentes, mais elle n'avait guère que 3 centimètres de longueur. Cette femme a succombé, cinq ans après, à une maladie complétement étrangère à la double opération qu'elle avait subie à vingt-cinq ans de distance.

Obs. V. — Clément, né le 26 janvier 1822, à Recouvrance, opéré le quatrième jour, guéri le onzième. Les suites de l'opération n'offrirent de remarquable que la sortie instantanée de l'intestin, qui dépassait quelquefois de deux pouces. Cet enfant a joui d'une bonne santé jusqu'au 13 juillet 1836, époque à laquelle il a succombé, par suite de blessures à la tête reçues dans une rixe. Il appartenait à une famille très pauvre, pour laquelle il était un objet de dégoût et qui l'avait abandonné. La tumeur n'était jamais contenue. Elle avait au moment de la mort, 10 centimètres de longueur, mais elle était réductible.

Ainsi, sur 5 sujets, dont je viens de rapporter l'histoire, 2 vivent

Digitized by Google

encore et jouissent d'une santé parfaite, 3 ont succombé, l'un à quarante-trois ans, l'autre à trente, le troisième à quatorze ans et demi. Je pourrais en citer d'autres dont l'existence ne s'est pas prolongée aussi longtemps, mais dont la mort peut être attribuée à des causes fortuites.

1° Un autre opéré de J. Miriel, le nommé Riban, né le 26 août 1823, est mort le 10 octobre 1825, à la suite de convulsions attribuées à l'évolution dentaire.

2° Un enfant, opéré par le docteur Bizet, en 1830, est mort au bout d'un mois, d'une indigestion.

3° Legris Duval, médecin en chef de la marine, en a perdu un au bout de dix-neuf jours, et l'autopsie permit de reconnaître qu'une portion de l'intestin grêle s'était étranglée, par la négligence des parents, près de l'angle supérieur de la plaie, et qu'il en était résulté une péritonite rapidement mortelle.

Je ne me dissimule pas le peu d'importance de ces derniers faits que j'emprunte à la thèse du docteur Miriel, mais les cinq premiers suffisent, ce me semble, pour prouver que l'opération de l'anus artificiel est compatible avec une existence très supportable, qu'elle permet à ceux qui l'ont subie d'atteindre l'âge le plus avancé.

Quant à la question de savoir si la vie vaut la peine qu'on l'achète au prix d'une infirmité semblable, ce n'est pas au médecin qu'il appartient de la trancher. Il doit proposer aux parents une opération qui peut sauver les jours de leur enfant, sans leur en dissimuler les conséquences, et leur laisser la responsabilité d'une décision qui a toute la gravité d'un arrêt de mort. Dans la majorité des cas, la famille accepte cette cruelle ressource et l'opérateur n'a plus qu'à choisir la méthode à laquelle il aura recours.

Lorsque l'anus est bouché par une membrane ou par la peau, lorsque la fluctuation est manifeste, l'indication est formelle, il faut rétablir les voies naturelles, en incisant dans le point où elle se fait sentir. Mais ce n'est pas là le cas le plus fréquent. La variété que j'ai eu le plus souvent l'occasion de rencontrer, et je suis heureux de me trouver à cet égard d'accord avec Amussat, qui la regardait aussi comme la plus commune, est celle que Boyer décrit sous le nom d'*imperforation interne avec orifice apparent à l'extérieur*. L'anus existe, il est muni de son

Digitized by Google

sphincter, rien ne trahit au dehors le vice de conformation ; mais lorsqu'on introduit le petit doigt dans cette ouverture, on le sent arrêté à 1 ou 2 centimètres de profondeur par une cloison transversale. Parfois alors on sent, au fond de ce cul-de-sac, et lorsque l'enfant pousse un cri, une impulsion qui annonce le voisinage de l'intestin ; on réussit, dans quelques circonstances, à déterminer la même sensation en pressant l'abdomen de haut en bas, avec la main restée libre, ainsi que le conseille Amussat. Alors il est encore permis de tenter le rétablissement de la voie naturelle, quoique avec bien peu de chances de succès. On peut aussi suivre l'exemple de l'opérateur que je viens de citer et établir un anus artificiel dans la région coccygienne ; mais lorsque ces moyens d'exploration sont sans résultat, lorsqu'on ne sent rien au fond du cul-de-sac, qu'aucun indice ne peut guider la marche de l'instrument, quel parti prendre ? Si, par une sorte de compromis avec sa conscience, si, cédant aux instances de la famille, on enfonce à l'aveugle un trocart dans la direction présumée du rectum, on s'expose à ne pas l'atteindre, on peut léser un des gros vaisseaux du petit bassin, ainsi que j'en connais un exemple, et lors même qu'on réussit, la route ouverte au méconium est insuffisante pour son écoulement facile, mais assez large pour lui permettre de s'infiltrer dans le tissu cellulaire ambiant. Les enfants prennent une teinte jaune et succombent. Je n'en ai pas vu guérir un seul à la suite de cette opération, si souvent pratiquée à Brest que le même chirurgien eut, il y a quelques années, l'occasion d'y recourir trois fois dans la même semaine. Duret racontait, dans ses leçons de clinique, qu'il en avait vu mourir 22. Je ne crois pas que la sonde à double effet, tout récemment proposée par M. Heurteloup (1), puisse conjurer de semblables dangers, et je pense que, dans ces circonstances, il n'y a pas à balancer. Il faut établir un anus artificiel dans la région lombaire ou dans la fosse iliaque, il faut opter entre la méthode de Littre et celle de Callisen. Les beaux travaux d'Amussat (2) ont réhabilité cette dernière et fait abandonner l'autre par un grand nombre de chirurgiens ; je ne crois pas cependant qu'elle mérite le discrédit dans lequel elle est tombée. C'est elle que j'ai

(1) *Gazette des hôpitaux*, 7 août 1856.

(2) *Mémoires sur la possibilité d'établir un anus artificiel dans la région lombaire sans pénétrer dans le péritoine.* Paris, 1839-1843 ; trois parties in-8.

Digitized by Google

adoptée lorsque l'occasion s'en est offerte, bien que je connusse et que j'eusse exécuté sur le cadavre le procédé d'Amussat. J'étais peut-être influencé, il est vrai, par la popularité dont jouit à Brest la méthode de Littre et par les beaux succès qu'elle a donnés à nos devanciers. A part cette préférence de localité et sans reproduire ici tout ce qui a été dit pour et contre les deux méthodes, on peut alléguer, je crois, en faveur de celle que j'ai préférée, les raisons suivantes :

1° Elle est d'une exécution beaucoup plus facile que l'autre et cette considération a bien son prix, lorsqu'il s'agit d'une opération d'urgence que tout médecin doit pouvoir pratiquer. M. Robert a signalé, avec une précision qui ne permet de rien ajouter à son remarquable rapport, les difficultés que présente le procédé d'Amussat qui, du reste, les reconnaissait lui-même. La méthode de Littre n'en offre aucune. L'incision des parois abdominales est facile, malgré les mouvements qui leur sont imprimés par les cris de l'enfant. Un jet de sérosité citrine annonce que l'on est parvenu dans la cavité du péritoine et, pour ma part, je n'ai jamais éprouvé d'embarras lorsqu'il s'est agi de reconnaître et d'amener au dehors l'S du côlon. Elle sortit d'elle-même, après l'ouverture de l'abdomen, dans une des opérations que j'ai pratiquées. Les chirurgiens dont j'ai les observations sous les yeux ont également réussi sans peine à la trouver et je crois que les circonstances dans lesquelles il en est autrement peuvent être regardées comme exceptionnelles. Il n'en est pas de même de l'issue de l'intestin grêle. Je l'ai vu s'échapper chez mon second opéré après l'incision et l'affaissement de l'S du côlon. A chacun des cris que poussait l'enfant, il en sortait une quantité nouvelle. Je parvins cependant assez facilement à le réduire et à le maintenir. Cet accident, dont je craignais la reproduction après le pansement, ne reparut plus.

2° Les chances de mort sont-elles plus grandes lorsqu'on suit la méthode de Littre? Tout le monde n'en est pas convaincu. Après un long parallèle des deux méthodes, Vidal (de Cassis), s'appuyant sur les opinions de Sabatier et de Dupuytren, de MM. Bégin, Velpeau, Goyrand et Marchal (de Calvi), termine par la conclusion suivante : « Somme » toute, rien ne démontre encore que la méthode de Callisen doive être » préférée à celle de Littre. Les faits n'ont pas encore parlé pour ré» soudre définitivement la question. Le raisonnement serait plutôt en

Digitized by Google

» faveur de la méthode de Littre, et les autorités sont contre celle de » Callisen (1). » L'objection capitale qu'on adresse à la première, c'est la lésion du péritoine, je ne chercherai pas à en dissimuler la gravité. Toutefois, dans les observations d'insuccès, accompagnées d'autopsie, que j'ai pu consulter, la péritonite n'est signalée que dans un tiers des cas. J'ai pu examiner le cadavre d'un des enfants que j'ai opérés, je n'en ai pas trouvé de traces. Il avait vécu trois jours; déjà des adhérences s'étaient établies entre l'intestin divisé et l'ouverture des parois abdominales. Il n'y avait pas une goutte de liquide dans la cavité péritonéale, et c'est à peine s'il existait un peu de rougeur sur les circonvolutions de l'intestin grêle les plus voisines de la plaie. On sait, d'ailleurs, qu'en suivant la méthode opposée, on n'est pas toujours sûr d'épargner le péritoine, et qu'il peut s'enflammer même alors que le bistouri l'a respecté. La question ne peut être tranchée que par une statistique qu'il ne sera pas possible d'établir tant qu'on ne fera connaître que les succès.

3° Quant à l'infirmité que l'opération laisse après elle, la position de l'anus artificiel dans la région iliaque me paraît, comme à M. Marchal (de Calvi), moins incommode que dans la région lombaire, chez les femmes surtout, dont les vêtements sont étroitement serrés à la taille; mais il est un inconvénient inséparable de la méthode de Littre, et sur lequel on n'a pas insisté jusqu'ici : je veux parler du renversement de l'intestin et de la hernie qui en résulte. Elle présente 6 centimètres de longueur chez Marie Perrine (obs. n° 2, fig. 2), elle en avait 10 chez Ledrevès (obs. n° 1, fig. 1), 3 environ chez la femme qui fait le sujet de l'observation n° 4; 8 à 10 centimètres chez Clément (obs. n° 5), et 8 chez le jeune Riban, qui n'a vécu que vingt-sept mois. Ces tumeurs offrent toutes le même aspect; constamment l'orifice du bout supérieur est large, plissé à son pourtour et situé près de la base; l'orifice du bout inférieur, très rétréci, circulaire, en occupe le sommet. C'est donc la portion de l'S iliaque, située au-dessous de l'ouverture artificielle, qui se renverse et s'échappe entre les bords de celle-ci. Ces tumeurs sont parfois réductibles en totalité, comme chez Clément; mais, en général,

(1) *Du cancer du rectum et des opérations qu'il peut réclamer; Parallèle des méthodes de Littre et de Callisen pour l'anus artificiel.* Paris, 1842, in-8.

Digitized by Google

on ne peut les faire rentrer qu'en partie. Elles ne sont le siége d'aucune douleur, le toucher n'y détermine aucune sensation pénible; la muqueuse qui les revêt, malgré son contact perpétuel avec les pièces de pansement et son exposition à l'air libre, ne s'enflamme jamais. Les sujets dont j'ai rapporté l'observation appartiennent tous aux classes les plus pauvres de la société; aucune tentative n'a été faite, aucun appareil convenable n'a été employé pour maintenir ces hernies et les empêcher de s'accroître. Je suis convaincu qu'en s'y prenant de bonne heure on pourrait, par des soins bien entendus, prévenir, ou du moins pallier cette difformité.

Lorsqu'on a recours à la méthode de Callisen, cet inconvénient est moins à redouter. La fixité plus grande du côlon descendant ne lui permet pas de se renverser aussi facilement. Chez les sujets opérés par Amussat, si j'en juge du moins par la belle collection de dessins qu'il a bien voulu me communiquer, il n'en existait pas de traces, mais il paraît que tous les chirurgiens n'ont pas été aussi favorisés, puisque l'enfant dont M. Larrey a entretenu l'Académie (1) offre un renversement assez prononcé et irréductible.

Cette particularité n'ajoute du reste que peu de chose à l'incommodité qu'entraîne un anus artificiel. Cette incommodité elle-même est très supportable, ainsi que le prouvent les faits que j'ai cités, et lorsque la chirurgie n'hésite pas à sauver les jours d'un malade au prix des plus graves, des plus hideuses mutilations, je ne comprendrais pas, qu'en présence d'une mort certaine, elle reculât devant une opération qui ne laisse après elle qu'une infirmité compatible avec tous les devoirs et toutes les jouissances de la vie et qu'il est si facile de dissimuler.

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXI, p. 945 et 954.

Digitized by Google

EXPLICATION DE LA PLANCHE.

FIG. 1. Position de l'anus artificiel de Ledrevès, né le 18 octobre 1793, opéré le 20 par P. Duret, mort en 1836.

FIG. 1 *bis*. Tumeur formée par le renversement de l'intestin chez le même sujet, dessinée d'après la pièce pathologique conservée dans le Musée anatomique de l'école de Brest.

A. Orifice du bout supérieur de l'intestin, par lequel s'opérait la défécation.

B. Orifice du bout inférieur.

C. Portion du gros intestin située au-dessus de l'anus artificiel.

D. Portion du gros intestin située au-dessous.

FIG. 2. Anus artificiel de Marie Perrine, née le 26 janvier 1813, opérée le même jour par Sérand, aujourd'hui infirmière à l'hospice civil de Brest. Dessin fait d'après nature.

FIG. 2 *bis*. Tumeur formée par le renversement de l'intestin, dessinée d'après nature; réduction aux deux tiers de grandeur naturelle.

A. Orifice supérieur par lequel s'opère la défécation.

B. Orifice inférieur.

Digitized by Google

Mémoires de l'Académie de Médecine, Tom. XXIII, pag. 204.

Fig. 2.

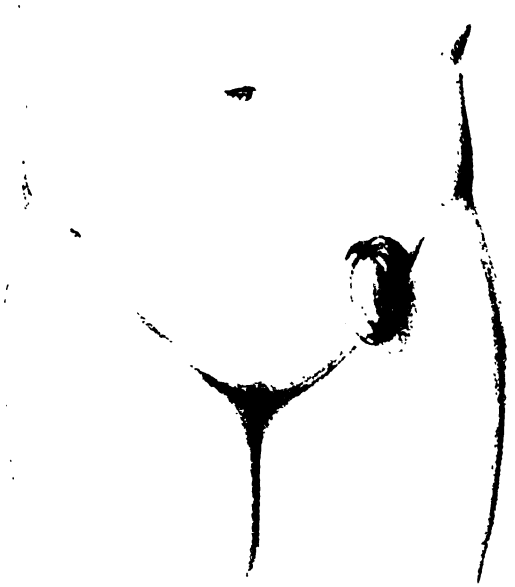


Fig. 1.

Fig. 1bis

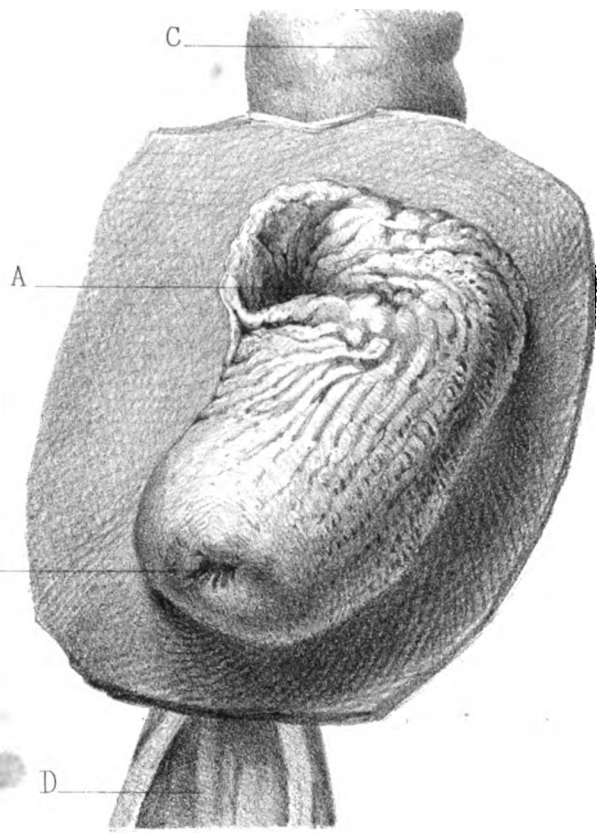
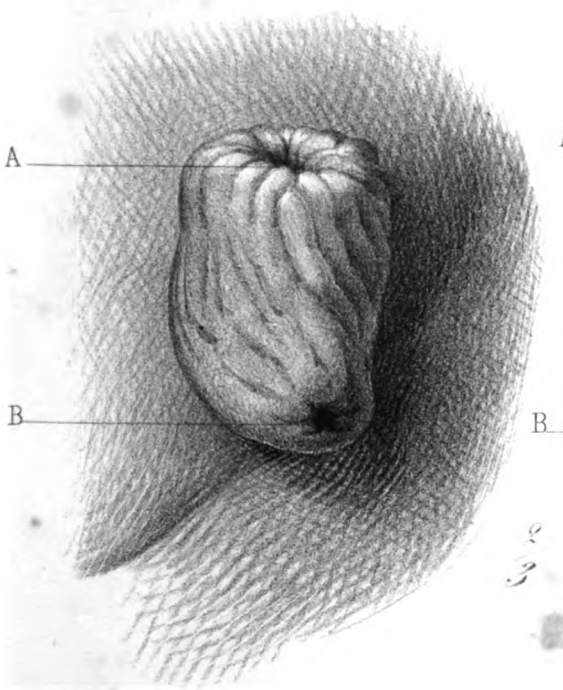


Fig. 2bis



P Lackerbauer lith.

Imp Becquet freres.

Publié par J B Baillière et fils, à Paris.

Digitized by Google

Digitized by Google

MÉMOIRE

CONTENANT LA DESCRIPTION ANATOMO-PATHOLOGIQUE

DES DIVERSES ESPÈCES

DE CATARACTES CAPSULAIRES ET LENTICULAIRES

Par M. le Docteur CH. ROBIN,

Membre de l'Académie impériale de médecine, etc.

REMARQUES PRÉLIMINAIRES.

Ce mémoire contient l'exposé des résultats auxquels m'ont conduit beaucoup d'observations que j'ai faites sur des cataractes qui, depuis 1852, m'ont été envoyées par MM. Nélaton, Malgaigne, Desmarres, Sichel, Ad. Richard, etc. J'ai aussi étudié un certain nombre d'yeux cataractés recueillis sur le cadavre dans les amphithéâtres de dissection ou qui m'ont été apportés par mes élèves.

L'ordre que je suivrai dans ce travail est nettement déterminé par la disposition anatomique des milieux de l'œil qui peuvent devenir opaques, c'est-à-dire la *capsule du cristallin* et le *cristallin* lui-même.

De là deux classes de cataractes :

Les *cataractes capsulaires* et les *cataractes lenticulaires*, dans lesquelles les deux espèces de parties essentielles de l'appareil cristallinien sont altérées chacune à sa manière.

PREMIÈRE PARTIE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES CATARACTES CAPSULAIRES.

§ I. — Description générale et classification

Il y a deux espèces bien distinctes de productions morbides qui rendent opaques la capsule du cristallin, soit par place, soit dans toute

Digitized by Google

son étendue, sans altération de la lentille. Les cataractes capsulaires se divisent par suite en deux espèces, d'après leur nature anatomique.

Première espèce. — *Cataracte crayeuse, crétacée ou carbonatée et phosphatique.* — C'est la plus rare ; elle est formée seulement par un dépôt de carbonate de chaux avec traces de phosphate de la même base, accompagnés quelquefois de quelques granulations graisseuses.

Deuxième espèce. — *Cataracte néo-membraneuse.* — Elle est formée par une production pseudo-membraneuse, remarquable par son mode de production. D'après la forme de la fausse membrane, cette espèce se divise en plusieurs variétés appelées : *pyramidale, végétante, monticulaire, mamelonnée, radiée*, etc. Ces divisions n'ont rien d'important. Au point de vue étiologique, on distingue quelquefois dans cette espèce les variétés dites : *congénitale, primitive, secondaire* ou *consécutive.*

La première espèce peut offrir ces mêmes particularités et mériter par suite les mêmes noms de variétés, mais moins souvent.

Il n'est pas très rare de les voir compliquées d'opacité de la lentille, mais il suffit ici de savoir qu'elles peuvent exister indépendamment de cette lésion du cristallin.

Dans les cataractes lenticulaires (soit solides entièrement, soit demi-solides à la surface, soit tout à fait liquides et laiteuses à la surface, avec noyau central jaunâtre ou blanc), il est assez commun de trouver l'épithélium de la capsule devenu opalin, demi-transparent. Cela est dû au dépôt de granulations grisâtres ou graisseuses, jaunâtres, dans les cellules, et quelquefois à la présence simultanée d'une petite quantité de matière amorphe finement granuleuse, interposée quelquefois à la capsule même et à son épithélium, ou appliquée à la face interne de celui-ci. Mais cette altération étant toujours une complication de la cataracte lenticulaire, n'existant jamais seule et n'ôtant jamais à elle seule la transparence de l'appareil cristallinien, nous n'en parlerons pas à propos des cataractes capsulaires. Cela est d'autant plus rationnel que cette lésion n'appelle jamais un traitement spécial, ni une opération, ni même une modification de celle-ci, lors même que l'épithélium lésé reste avec la capsule dans le cas d'abaissement ou d'extraction; car, vu la minceur de cette couche unique d'épithélium, l'opalinité que

Digitized by Google

lui donne cette altération est trop faible pour exiger son ablation.

Il n'en est pas de même des deux produits morbides dont suit la description. Ils ont cela de commun, que tous deux n'affectent que la surface irienne de la capsule ; mais anatomiquement ils n'ont entre eux que cette seule analogie, car leur nature intime est fort différente.

La *cataracte capsulaire néo-membraneuse* n'occupe que la partie centrale ou rarement la totalité de la moitié antérieure de la capsule qui plonge dans l'humeur aqueuse. Elle est de toutes la plus opaque, la plus épaisse, au moins dans sa partie centrale, et ordinairement de forme étoilée, c'est-à-dire offrant des rayons qui, à partir du centre blanc plus opaque, vont en s'amincissant et se perdent insensiblement du côté de la circonférence de l'appareil cristallinien. Des deux variétés de cataractes capsulaires, celle-ci est la plus fréquente.

La *cataracte crayeuse* n'occupe ordinairement, comme il vient d'être dit, que la surface irienne de la cristalloïde antérieure, et la cristalloïde postérieure reste parfaitement saine. Pourtant il se peut faire, mais rarement, que la surface hyaloïdienne de la cristalloïde postérieure soit rendue opalescente par un dépôt crétacé semblable à celui qui rend opaque ou à peu près la cristalloïde antérieure. Le plus souvent alors la cristalloïde postérieure n'est pas même opalescente pour l'œil nu, mais le microscope y montre une mince couche de fines granulations, ou seulement des petites granulations éparses. Dans certains cas de cataracte lenticulaire, la capsule n'offre rien de particulier à l'œil nu ou est seulement opalescente pour un œil exercé; mais elle présente au microscope une couche uniforme de très fins granules formés de sels calcaires.

L'opacité crayeuse se présente ordinairement sous forme de petits points ou de petites taches blanches isolées ou tendant à confluer, éparses sur la capsule antérieure.

Voici maintenant la description des éléments anatomiques de chacune de ces deux variétés en particulier, et de l'aspect extérieur que détermine leur structure intime.

Digitized by Google

§ II. — Cataracte capsulaire néo-membraneuse.

Phases de son développement. — Lorsqu'elle ne fait encore que commencer, cette altération se présente à la surface antérieure de la capsule comme un filament ou petite ligne grisâtre ou blanchâtre, quelquefois aussi sous forme d'un point ou petite tache. L'examen à la loupe permet bien de reconnaître que cette production est saillante, quelque petite qu'elle soit encore; mais la structure intime n'a pu encore en être étudiée à cette époque. Peu à peu vers le niveau du centre de la pupille ou à peu près, la production s'épaissit, s'élève davantage à la surface de la capsule en s'avançant dans l'humeur aqueuse; en même temps elle envoie des branches ou irradiations vers la périphérie, qui s'y perdent peu à peu.

D'autres fois on remarque plusieurs points saillants dont les branches se relient et ne forment bientôt qu'une plaque à surface irrégulière, dont toutefois les inégalités d'épaisseur sont reconnaissables, sinon à l'œil nu, au moins à la loupe; celle-ci fait même apercevoir quelquefois çà et là des portions de la capsule restées saines et transparentes entre les amas morbides saillants.

Il résulte de là qu'on a bientôt une plaque ou tache blanche, opaque, de disposition extérieure plus ou moins bizarre, et ce n'est souvent qu'à cette époque que les malades se présentent au médecin, lorsque surtout un seul œil est atteint. Parfois aussi la lentille elle-même est devenue opaque à son tour dans des circonstances où manifestement les productions à la surface de la capsule s'étaient montrées d'abord sans qu'il y eût encore aucun trouble dans son contenu. Cette plaque, devenue blanche, opaque, d'aspect crayeux, mat, forme une saillie plus ou moins considérable du côté de la cornée, dépasse quelquefois la pupille et s'approche beaucoup du premier de ces organes. On peut dans ces conditions, lorsqu'on fait arriver la lumière de côté, voir l'ombre projetée par cette sorte de monticule, surtout si le cristallin est devenu opaque. Quelle que soit la forme générale, la régularité ou l'irrégularité de la circonférence, la surface est ordinairement très rugueuse.

Les rugosités sont dues généralement à de petits grains ou mamelons pouvant atteindre le volume d'une petite tête d'épingle; ils donnent

Digitized by Google

un aspect framboisé au produit s'ils sont arrondis et agglomérés; ils lui donnent un aspect ponctué s'ils sont écartés les uns des autres.

C'est cette disposition en monticule unique ou multiple qui a fait employer quelquefois l'expression de *cataracte capsulaire végétante.*

Lorsque les saillies dont l'ensemble constitue la plaque opaque blanchâtre ou jaunâtre sont nombreuses, leur forme varie de l'une à l'autre; telle est arrondie, telle autre est à bords dentelés. C'est en se joignant par leurs extrémités que ces bords laissent des espaces de la capsule libres et transparents. Dans certaines cataractes enfin la partie opaque se présente simplement sous forme de tache jaunâtre ou d'un blanc crayeux uniforme ou grisâtre, offrant encore un peu de demi-transparence, mais quelquefois à surface un peu ridée, remplissant ou non le champ de la pupille. La saillie de ces opacités capsulaires, et même des dernières rugosités décrites, exige souvent un examen attentif pour être reconnue au moins avant l'extraction.

On peut, dans certaines cataractes capsulaires à surface granuleuse chargés d'aspérité, reconnaître déjà, surtout avec la loupe, que l'aspect crayeux, la couleur d'un blanc mat, sont dus surtout à un dépôt incrusté à la surface d'une production membraniforme sous-jacente, laquelle adhère à la capsule même.

Structure propre du tissu morbide. — Voici maintenant quelle est la structure intime de la couche membraniforme produite à la superficie de la capsule et du dépôt de sa surface ou de son épaisseur; dépôt qui abonde lorsque existe l'aspect crayeux, blanc mat, plutôt que la teinte jaunâtre.

Au milieu de la masse centrale, dans sa partie la plus épaisse, le produit nouveau est constitué principalement par une *néo-membrane*, assez dure, se dilacérant pourtant avec une certaine facilité et toujours dans le même sens; elle est incolore, transparente, remarquable par son aspect strié.

Ces stries sont parallèles, et c'est dans le sens de leur direction que s'opère la déchirure; elles sont d'ordinaire rectilignes, quelquefois onduleuses. Elles donnent à la substance l'aspect de fibres, ou mieux, de nappes du tissu lamineux. L'acide acétique pâlit cette substance striée, mais ne la rend pas homogène et ne fait pas autant disparaître les stries qu'il le fait pour le tissu lamineux proprement dit, en

Digitized by Google

gonflant et rendant cohérentes les fibres elles-mêmes. De plus, ici les extrémités des lambeaux déchirés ne présentent pas de fibres isolées telles que celles qu'on voit dans les faisceaux de tissu cellulaire. Au lieu de fibres, les bords de la déchirure offrent de petits lambeaux lamelleux s'amincissant et se perdant insensiblement en devenant de plus en plus pâles.

Ces lambeaux lamelleux s'amincissent insensiblement pour se terminer par un bord pâle et ont des dimensions variables selon les accidents de la dilacération. Ces caractères sont les mêmes que ceux qu'on retrouve dans les néo-membranes, souvent non vasculaires, de la surface de la rate, du foie, etc., dans les corps étrangers libres de la cavité péritonéale. Ces produits morbides, que leur aspect fait appeler à tort *fibro-cartilagineux*, sont en grande partie formés comme les minces couches ci-dessus des néo-membranes par des fibres lamineuses très cohérentes, ne pouvant plus être séparées qu'en faisceaux, ou mieux en couches lamelleuses.

A la trame qui vient d'être décrite, et qui est le tissu fondamental, s'ajoutent des productions accessoires d'autant plus importantes à signaler que c'est certainement à leur présence que le tissu nouveau doit principalement son opacité et cet aspect spécial crayeux qui, au premier coup d'œil, donne l'idée d'une masse calcaire. Nous voulons d'abord parler des *granulations* dont est parsemée la substance fondamentale dans la plus grande partie de son étendue.

La plupart d'entre elles sont très fines, grisâtres, pâlies, mais non dissoutes par l'acide acétique; elles modifient les portions du tissu d'aspect pseudo-membraneux qui les renferment, de telle façon que l'aspect strié est en partie masqué.

Outre les précédentes, on trouve encore des granulations jaunâtres à contour foncé, à centre brillant: elles semblent d'abord offrir l'aspect des granulations graisseuses, mais l'acide acétique, et surtout le chlorhydrique, les dissolvent; ces réactifs ne laissent à leur place qu'une légère tache ou petite masse du même volume, pâle, grisâtre, transparente. Ces réactions, ayant lieu avec dégagement de gaz, portent à penser qu'elles se composent surtout de carbonate calcaire.

Presque partout les agents précédents laissent sans les dissoudre quelques granulations jaunâtres, à centre brillant et contour foncé; ce

Digitized by Google

fait montre qu'avec les granulations crayeuses, il existe quelques gouttes graisseuses; elles se rencontrent plutôt vers la surface iridienne du tissu morbide que dans sa profondeur près de la cornée. Vers cette surface aussi se trouvent quelquefois, mais rarement, de gros grains crétacés, tels que ceux qui vont être décrits plus loin. Partout les points qui, à l'œil nu, ont le plus d'opacité, doivent cette particularité à des granulations principalement carbonatées, jaunâtres, tantôt un peu écartées, tantôt rapprochées au point d'être contiguës.

Dans l'épaisseur du tissu morbide se trouvent encore des noyaux assez nombreux, quelquefois contigus; leur diamètre varie de 5 à 7 millièmes de millimètre; leur forme est sphérique ou ovoïde, leur contour pâle, peu régulier, leur intérieur finement granuleux, sans nucléole. Ces noyaux sont plus granuleux, moins allongés et plus arrondis que les noyaux fibro-plastiques. Ils sont moins abondants au centre qu'à la périphérie du tissu morbide, là où il cesse insensiblement d'exister en s'amincissant graduellement jusqu'à ce qu'on arrive à la portion saine de la capsule. Or, dans cette portion périphérique du tissu morbide sa substance est amorphe, finement granuleuse, et n'offre pas encore l'aspect strié et le mode de déchirure décrit plus haut (1).

Du reste, lorsque la plaque morbide est simplement grisâtre, les granulations calcaires et graisseuses manquent tout à fait ou sont petites, éparses, peu nombreuses, et l'on ne trouve que le tissu strié, à déchirure lamelleuse décrit plus haut.

État de la capsule. — Dans toute l'étendue de la capsule qui est recouverte par le tissu morbide, la surface de celle-là est devenue un peu rugueuse au lieu de rester parfaitement lisse comme à l'état normal. Elle est en même temps amincie, comme érodée ou envahie par le dépôt

(1) Ad. Richard et Ch. Robin, *Essai sur la nature de la cataracte capsulaire* (*Gazette hebdomadaire*. Paris, 21 septembre 1855), et Ch. Robin, *Examen au microscope de la structure de deux capsules du cristallin devenues opaques*, en commun avec M. le docteur Desmarres (*Gazette des hôpitaux*. Paris, 1853, in-folio, n° du 18 octobre). Depuis la publication de ces recherches, M. le docteur Testelin a donné une bonne description de cette espèce de cataracte capsulaire. Seulement il considère à tort le tissu de la néo-membrane comme étant de la fibrine. La disposition de ses stries, sa consistance, ses réactions et surtout son mode de développement, montrent qu'il s'agit d'un tissu bien différent d'un dépôt de fibrine (Testelin, *Note sur quelques points de la structure du cristallin et de sa capsule à l'état normal et à l'état pathologique*. Bruxelles, 1856, in-8, p. 20 et suivantes).

Digitized by Google

pseudo-membraneux, qui empiète, si l'on peut ainsi dire, sur la substance même de la crystalloïde dans une épaisseur de 6 à 10 millièmes de millimètre; de sorte que l'épaisseur de la capsule se trouve à ce niveau diminuée d'autant. C'est là ce qui fait que ce dépôt adhère si intimement à la capsule; c'est aussi à cause de cela que celle-ci, qui se déchire naturellement avec facilité, se casse exactement au pourtour du produit qui lui adhère et s'isole de la membrane saine par une légère traction exercée avec les pinces en formant un segment complet (1).

Quant à la substance même de la portion de capsule sous-jacente à la pseudo-membrane opaque qui lui adhère, elle est seulement un peu amincie, ainsi qu'il vient d'être dit; mais elle reste transparente, homogène, limpide comme dans les portions saines. Elle offre encore le même mode de déchirure, à bords nets comme ceux des fragments de verre; elle n'a jamais offert le mode de déchirure à bords lamelleux observé quelquefois dans les cas de cataracte crayeuse décrits plus loin. Seulement l'épithélium manquait dans tous les cas que nous avons observés, ce qui indique, sinon une lésion de la substance de la capsule, au moins un trouble dans sa nutrition et dans les éléments anatomiques qui adhèrent normalement à sa force profonde.

Sur la portion de capsule encore saine, à la circonférence de la masse principale, ainsi que dans l'épaisseur et à la périphérie des aspérités irrégulièrement disséminées, on trouve des filaments cylindriques contournés d'aspect singulier. Quand ils sont appliqués à la surface de la capsule, ils lui adhèrent, s'incrustent même de 4 ou 5 millièmes de millimètre dans son épaisseur. Leur structure est toujours la même, mais leur transparence varie suivant leur diamètre ou le nombre des granulations qu'on y rencontre. Ils sont constitués par une matière amorphe, homogène, non striée, assez résistante, se brisant nettement, contenant nn grand nombre de granulations moléculaires grisâtres ou quelquefois un peu brillantes au centre, variant d'un diamètre presque

(1) Ad. Richard et Ch. Robin, *Ibid.* « Ainsi, dans notre deuxième observation, cette plaque, qui tache le centre de la capsule, est détachée et cueillie avec la pince comme si c'était un simple dépôt. C'était pourtant un segment complet de la capsule qui, par une petite traction, s'est cassée à son pourtour et s'est isolée du reste de la membrane; et ce segment, examiné, était transparent et paraissait sain dans toute son épaisseur au-dessous du dépôt opaque, mais l'épithélium correspondant avait disparu. »

Digitized by Google

imperceptible à un diamètre de 2 millièmes de millimètre. On ne peut se lasser d'observer ces filaments, en raison de l'uniformité, de l'élégance et de la régularité de disposition de leurs granules moléculaires. Leurs configurations sont d'ailleurs des plus bizarres. Tantôt larges de 1 à 4 centièmes de millimètre, ils se replient sur eux-mêmes en circonvolutions intestiniformes, ramifiées et quelquefois *anastomosées;* d'autres fois, et plus souvent, ils sont bifurqués, et d'espace en espace offrent des resserrements qui les rendent moniliformes ou fusiformes. Ils ont alors 7 ou 8 centièmes de millimètre de large.

Ces productions pathologiques de forme singulière semblent être de même nature intime que la matière amorphe finement granuleuse qui constitue habituellement le bord de la néo-membrane née à la surface de la capsule. Mais, hors cela, il est impossible de rien dire sur leur signification anatomique ou pathologique.

Il est à noter que, en même temps que la face irienne de la cristalloïde antérieure se trouve couverte par les productions morbides décrites plus haut, l'épithélium de sa face cristallinienne ou profonde a disparu, soit en totalité, soit en partie; ou bien ses cellules sont déformées, ont pris quelquefois la figure prismatique et offrent des granulations de volume moins uniforme qu'à l'état normal.

Ces *corps singuliers*, toujours si nettement reconnaissables par leur aspect finement granuleux, sont quelquefois parfaitement circulaires ou bien soit arrondis, soit ovoïdes, à circonférence plus ou moins sinueuse. Sur un assez grand nombre les anastomoses de ces corps entre eux sont dues à de minces et pâles filaments qui s'étendent de l'un à l'autre et qui, ramifiés ou non, peuvent avoir une longueur égale, moindre ou supérieure au diamètre du corps dont il s'agit. Lorsque ces derniers sont écartés les uns des autres, les filaments qui se détachent de leur périphérie se terminent par une extrémité libre en s'amincissant peu à peu et offrant l'aspect d'une fibre de tissu lamineux. Ces corps singuliers, finement granuleux, arrondis, peuvent atteindre un diamètre qui varie de trois centièmes de millimètre jusqu'à un demi-millimètre. Dans ce dernier cas ils forment de petites taches opaques bien visibles à l'œil nu, surtout lorsqu'elles reposent sur une portion de la capsule, qui est encore transparente. Il est assez ordinaire de trouver celles de ces *taches* qui sont visibles à l'œil nu (ou commençant à être

Digitized by Google

assez grosses pour cela), entourées et surchargées par des cristaux de cholestérine qui adhèrent à leur surface. Ces cristaux sont généralement petits, mais en nombre quelquefois extrêmement considérable et offrant une distribution et des groupements si variés qu'il est impossible de les décrire tous, et qu'il faut les avoir vus pour se faire une idée de leur singularité et de leur élégance.

Chez divers sujets ou sur une même pièce, selon les points qu'on examine, ces mêmes cristaux peuvent se rencontrer aussi adhérents à la surface des portions de la pseudo-membrane striée, fibroïde, qui forme la portion principale du produit morbide opacifiant. La plupart de ces cristaux sont de petites lamelles rhomboïdales, d'égales dimensions en tout sens, ou quelquefois beaucoup plus longues que larges. Ces lamelles sont souvent très élégamment superposées ou imbriquées, et forment ou non des traînées ou séries de cristaux. On y trouve aussi de petits prismes obliques à base rhombe, longs de 1 à 3 centièmes de millimètre, mêlés aux lamelles, ou formant de petits groupes ou des traînées à eux seuls. Enfin, on y trouve des aiguilles cristallines, souvent longues de 7 à 8 centièmes de millimètre, d'une minceur extrême, au point qu'on peut en trouver de courbées, en arc, en cercle ou onduleuses sans rupture. Suivant les cas dont il s'agit, ou sur une même cataracte selon les points de la préparation qu'on examine, on peut trouver ces aiguilles disposées en éventail, en faisceaux, dont les extrémités sont plus ou moins élargies, ou bien elles sont imbriquées, entrecroisées en tout sens.

Ces aiguilles, longues ou courtes, minces ou épaisses, droites ou courbées, isolées ou diversement groupées, sont évidemment de même nature que les lamelles rhomboïdales, car les unes et les autres réagissent de la même manière. Les unes et les autres sont insolubles dans les acides, même sulfurique et chlorhydrique, ainsi que dans la potasse.

Mode de développement du tissu des néo-membranes. — Il s'agit actuellement de faire connaître la nature et le mode de développement : 1° de ces productions pseudo-membraneuses ; 2° de ces corps arrondis. Les phases de la production du tissu pseudo-membraneux strié, d'aspect fibroïde, peuvent être suivies sur un petit nombre de sujets, parce qu'il est rare qu'on fasse l'extraction de la capsule lorsque ce dévelop-

Digitized by Google

pement est encore peu avancé et cause peu d'opacité. Pourtant lorsque les plaques opaques ne couvrent pas encore entièrement la cristalloïde antérieure, les bords du tissu morbide offrent quelquefois les premières phases de l'évolution telles que je vais les décrire. Mais c'est d'après deux pièces dans lesquelles l'opacité était encore à peine apercevable que j'ai pu faire la description qui suit.

La première apparition du tissu de la néo-membrane commence manifestement par la naissance de cellules analogues aux cellules dites fibro-plastiques, souvent étroites, très allongées, un peu fusiformes, mais pourtant plus larges que ces éléments pris dans les tissus de l'embryon.

Sur des parties entièrement transparentes de la capsule se voient des cellules éparses appliquées contre la face libre de cette membrane et lui adhérant. Elles sont rarement accompagnées de noyaux libres, et ceux-ci existent en petite quantité lorsqu'on les trouve. Ces cellules sont larges de 1 à 3 centièmes de millimètre, très minces, à surface comme légèrement plissée. Elles sont polygonales, un peu irrégulières, à bords un peu dentelés, offrant souvent un, deux ou trois de leurs angles effilés en pointe plus ou moins longue; ou bien encore elles offrent sept à huit prolongements plus minces que les précédents, qui se détachent de plusieurs points de leur périphérie. Les cellules sont solubles dans l'acide acétique, pâlies, mais non dissoutes par la glycérine. Toutes sont pâles, finement granuleuses, pourvues d'un noyau ovoïde ou presque sphérique que ces réactifs n'attaquent pas. Les dimensions du noyau sont de 6 à 7 millièmes de millimètre lorsqu'il est sphérique. Il est large de 5 à 6 millièmes et long de 7 à 9 millièmes lorsqu'il est ovoïde. La masse du noyau est homogène, à peine pourvue de quelques fines granulations et sans nucléole. Les noyaux libres, lorsqu'il s'en trouve, ont les mêmes caractères.

Ces cellules se trouvent généralement écartées les unes des autres de une à trois fois leur diamètre, quelquefois on en trouve trois à quatre qui sont contiguës.

Par place on voit de ces cellules qui sont réunies les unes aux autres, *anastomosées* en quelque sorte par un ou deux des prolongements filamenteux, minces, pâles comme des fibres de tissu lamineux qui prolongent leurs angles. Il peut aussi exister plusieurs communications analogues entre deux cellules lorsqu'il s'agit de celles qui sont peu

Digitized by Google

éloignées les unes des autres, et dont le contour est en quelque sorte hérissé par ces minces prolongements.

Le nombre des formes que prennent ainsi les cellules et leurs prolongements, les variétés d'aspect qui en résultent pour les amas de cellules, les variétés de forme des mailles qu'elles circonscrivent ainsi, sont trop considérables pour qu'il soit possible de les passer tous en revue.

A mesure que des parties tout à fait transparentes on s'approche de celles où l'opacité commence à se manifester légèrement, on voit les communications qui existent entre les cellules, les prolongements de leurs angles qui les unissent devenir de plus en plus larges, de plus en plus épais, de moins en moins transparents. Ces prolongements sont eux-mêmes ramifiés et anastomosés.

Il résulte de là que les cellules et leurs prolongements limitent des aréoles de formes diverses. Par places, ces aréoles sont régulières, ovales ou circulaires, et la substance homogène finement granuleuse (des cellules et de leurs prolongements) qui les limite laisse voir encore çà et là des noyaux dans ses portions les plus larges. Si maintenant nous prenons les portions aréolaires du tissu morbide comme point de départ de notre examen, nous constaterons les faits suivants :

D'une part, les aréoles deviennent de plus en plus étroites, offrent d'autres prolongements qui les partagent en espaces aréolaires secondaires de plus en plus petits. En même temps, la substance qui les limite devient plus opaque, plus granuleuse, et l'on arrive bientôt à ne plus voir d'aréoles du tout, mais bien le tissu fibroïde décrit précédemment et sur lequel nous reviendrons bientôt.

D'autre part, c'est-à-dire du côté de la préparation où la capsule est intacte, transparente, on voit du bord du tissu aréolaire se détacher des prolongements pâles, simples ou bifurqués, s'amincissant et s'effilant de plus en plus à mesure qu'on s'éloigne des aréoles. Ces filaments, qui adhèrent à la capsule, sont d'une grande délicatesse et très élégants. Ils se terminent bientôt en pointe aiguë; ils offrent une longueur qui atteint souvent un dixième de millimètre et plus, mais qui quelquefois est beaucoup moindre. Leur largeur n'est pas toujours régulièrement la même ; ainsi quelquefois ils sont un peu élargis au niveau des points où ils se bifurquent, ou même lorsqu'ils ne se bifurquent pas.

Digitized by Google

Quelquefois sur le bord de ce tissu aréolaire on voit des cellules encore reconnaissables par leur largeur, leur forme et leur noyau, qui communiquent avec une autre ou avec les prolongements limitant quelque aréole par un ou deux filaments plus ou moins longs; par le côté opposé, elles offrent un ou plusieurs filaments qui se perdent à la surface de la capsule saine, en pointe effilée, après avoir parcouru un trajet qui peut être d'un à deux dixièmes de millimètre et plus, ce qui alors les assimile tout à fait à une fibre de tissu lamineux.

Dans d'autres endroits les prolongements des cellules sont plus allongés, plus écartés, et limitent des mailles polygonales irrégulières, de dimensions plus grandes en général, et surtout plus variées que dans le cas précédent. Alors on a sous les yeux comme un filet pâle et délié, à mailles irrégulières, souvent très allongées, polygonales, appliqué sur la capsule.

Du côté sain de la capsule, le bord de ce tissu morbide aréolaire fournit des prolongements déliés semblables à ceux qui viennent d'être décrits plus haut, mais quelquefois plus longs. On y rencontre aussi, mais rarement, des cellules communiquant par un ou deux prolongements avec ce tissu, et envoyant un ou plusieurs filaments qui se perdent en pointe effilée sur la partie saine de la capsule. Pourtant dans cette sorte de tissu formant un filet à mailles polygonales, on ne voit pas autant de noyaux que dans celui dont il a été fait mention précédemment et qui limite des aréoles arrondies. Quelquefois même on n'en trouve pas du tout.

Enfin les portions de ce tissu qui forment une sorte de filet à mailles polygonales, bien que moins nombreuses que celles qui ont des aréoles arrondies régulières, sont cependant plus étendues qu'elles; car en les suivant sous le microscope du côté du tissu opaque fibroïde, on voit les mailles polygonales diminuer de grandeur bien moins vite que les aréoles ovalaires et former moins promptement que celles-ci un tissu continu et sans aréoles. Du reste, c'est parfois avec quelques-uns des corps singuliers granuleux décrits plus haut que ce tissu aréolaire se trouve en continuité sur certaines parties de son étendue; on voit aussi de la circonférence de ces corps se détacher des filaments pâles semblables aux autres. Ces descriptions ne peuvent, du reste, donner qu'une faible idée de l'élégance et des variétés de l'aspect de ces por-

Digitized by Google

tions encore aréolaires et percées à jour du tissu morbide, qui à mesure qu'il devient plus épais offre des mailles plus étroites, des filaments plus larges et plus rapprochés; puis il forme bientôt des *lames* ou couches anastomosées et superposées plutôt que des filaments, jusqu'à ce que, par continuité et superposition, ces filaments forment un tissu continu et à peu près opaque.

Lorsque la déchirure de la capsule tombe sur le milieu de quelque portion aréolaire de ce tissu ou sur le trajet des filaments qui se détachent de ses bords, on peut les voir isolés, libres et flottants, détachés de la surface de la capsule à laquelle ils adhèrent seulement, sans être en continuité de substance avec elle.

Remarques sur le tissu dont le développement vient d'être décrit. — Avant d'en venir à la description du mode de développement des corps singuliers granuleux dont il a déjà été question, il importe de dire encore quelques mots du tissu continu opaque fibroïde dont l'évolution vient d'être décrite.

J'ai dit plus haut qu'en observant dans toute son étendue le tissu mince, aréolaire percé à jour, on voyait les mailles devenir plus étroites, et que peu à peu on arrivait à un tissu continu, sans aréoles, mais d'abord mince et transparent.

Tantôt ce tissu est amorphe, finement granuleux, et devient de plus en plus opaque à mesure que son épaisseur augmente. Son opacité même est grande relativement à son épaisseur à cause de la présence des granulations.

Le plus souvent les aréoles disparaissent parce qu'elles sont masquées par un tissu de même nature et de même aspect que celui qui les limite, c'est-à-dire devenant fibroïde à mesure que de l'état de filaments minces comme des fibres du tissu lamineux, il forme des couches plus ou moins larges. Ce tissu pâle, fibroïde, peu granuleux, laisse voir encore par transparence (lorsque déjà il est devenu continu) des aréoles par-dessus lesquelles passent les fibres, et les stries qui indiquent la juxtaposition de celles-ci. Il laisse voir aussi par transparence des noyaux plus ou moins nombreux semblables à ceux des cellules et englobés dans son épaisseur. Lorsque le tissu morbide a des bords minces et ne devient pas brusquement opaque, c'est quelquefois sur une grande étendue que l'on observe les fibres et le tissu fibroïde passant par-dessus

Digitized by Google

les aréoles de l'une à l'autre et les laissant voir par transparence, ainsi que les noyaux, avant de les cacher tout à fait. Par places aussi c'est ce tissu fibroïde qui forme directement le bord de la néo-membrane; il s'étend alors directement sur la partie saine de la capsule; il se perd ou se termine en s'amincissant peu à peu, et le bord est représenté par une sorte de nappe de minces fibres parallèles qui, d'abord contiguës, s'isolent bientôt et se terminent en pointe effilée à peu près toutes au même niveau. Lorsque maintenant des bords des plaques néo-membraneuses on s'avance vers leur centre pour examiner le tissu tout à fait développé, continu, opaque ou opalin, mais pourtant n'étant pas encore chargé de granulations ni de saillies mamelonnées et végétantes, on constate les faits suivants :

A ce degré de développement, le tissu étant encore assez mince et par suite assez peu opaque pour être observable par transparence, laisse mieux voir son aspect fibreux ou fibroïde. On trouve que par place il est simplement fibroïde, à stries parallèles et parsemé de fines granulations moléculaires.

Mais dans la plus grande partie de l'étendue des plaques néo-membraneuses l'on aperçoit de véritables fibres ou faisceaux de fibres larges de 3 à 6 millièmes de millimètre qui s'entrecroisent en différents sens et sont superposées sur divers plans. En outre, ces fibres sont ramifiées et anastomosées, sous des angles plus ou moins ouverts et arrondis. Elles limitent ainsi des aréoles ou mailles tantôt étroites et allongées, tantôt ovales ou arrondies, superposées les unes aux autres sur différents plans, et le grand diamètre des unes croise celui des autres sous des angles divers. Les intervalles des fibres et les aréoles qu'elles circonscrivent sont remplis d'une matière amorphe pâle, finement granuleuse. Il résulte de ces dispositions une texture aréolaire visible par transparence et d'une extrême élégance. L'ensemble des mailles ressemble un peu à celles du tissu jaune élastique, réduit en couches minces. Seulement les fibres ou faisceaux de fibres qui les limitent sont beaucoup plus pâles, bien qu'à bords nets. En outre, les mailles sont généralement plus larges, et les faisceaux qui les limitent s'étalent et s'élargissent avant de se bifurquer.

Avant déjà que ces plaques néo-membraneuses en voie de développement aient atteint un diamètre de 2 à 3 millimètres, on peut çà et là

Digitized by Google

trouver des portions où le tissu est devenu assez épais et assez granuleux pour que l'aspect fibroïde ou la disposition aréolaire qui viennent d'être décrites ne soient plus visibles sans dilacération. En même temps aussi on trouve par places des parties où le dépôt de granulations de carbonate et de phosphate de chaux commence. Là se voient des amas arrondis ou allongés, à circonférence mal limitée, formés de granulations jaunâtres, à contour foncé, à centre brillant, dont le diamètre varie depuis 1 jusqu'à 10 millièmes de millimètre. Au niveau de ces amas de granulations, les dispositions fibroïdes et fibreuses aréolaires décrites plus haut ne peuvent pas être vues.

Développement des corps singuliers arrondis ou intestiniformes qui accompagnent le tissu néo-membraneux. — Le développement des corps singuliers finement granuleux dont il a été fait mention plusieurs fois offre un grand nombre de particularités intéressantes à signaler. Ils commencent à apparaître sur les portions saines de la capsule, plus ou moins loin des néo-membranes décrites plus haut, mais quelquefois tout près de ce bord. Ils peuvent être contigus aux plaques néo-membraneuses, surtout lorsqu'ils sont gros, ou être englobés par elles lorsque celles-ci s'étendent sur la plus grande partie de la surface de la capsule. Mais les plus nombreux se trouvent toujours sur la capsule, à une certaine distance de la circonférence des néo-membranes (voy. p. 213).

Ils commencent sous forme de petits amas circulaires ou ovoïdes, rarement à contours sinueux à leur origine, qui dès leur apparition offrent déjà l'aspect finement granuleux qu'ils conserveront toujours.

Lors de leur apparition, leur diamètre est de 1 à 2 centièmes de millimètre, et on les pourrait alors considérer comme des cellules s'ils ne manquaient de noyau. Ils sont alors à contour plus régulier, plus pâle que celui des cellules décrites plus haut (p. 215-216). Ils sont en même temps beaucoup plus granuleux et le sont dans toute leur étendue, mais davantage vers leur centre, qui est un peu renflé qu'à leur circonférence.

Entre les plus petits et les plus grands signalés précédemment, on trouve toutes les dimensions possibles intermédiaires, ainsi que toutes les variétés de forme.

Il en est qui continuent à grandir en conservant leur figure circu-

Digitized by Google

laire ou ovoïde à bords nets, jusqu'à ce qu'ils aient atteint le diamètre de 1 à 2 dixièmes de millimètre, sans offrir de particularité autre que cette augmentation de volume, si ce n'est toutefois qu'ils deviennent naturellement plus opaques et à bords plus épais.

Il en est pourtant qui se chargent de cristaux de cholestérine, ainsi que nous l'avons dit, ou de grains de carbonate de chaux (p. 213–214).

Il en est aussi de ceux-là qui, tout en conservant la figure ovoïde ou circulaire pour leur masse principale, offrent un bord comme étalé, pâle et aminci, qui se perd sous forme de lame mince à la surface de la capsule à laquelle il adhère. D'autres fois la circonférence de ces corps porte un ou plusieurs minces prolongements filiformes, pâles, simples ou ramifiés, ou un peu étalés en lamelle, qui se terminent de la même manière en s'effilant et s'amincissant à la surface de la capsule, ou qui se joignent à des filaments semblables venant de corps granuleux voisins; parfois ces prolongements s'unissent et se confondent avec le tissu de la néo-membrane.

La plupart de ces corps, finement granuleux, sont remarquables en ce que, à mesure qu'ils grandissent, ils changent de forme. Beaucoup s'allongent de manière à être plus ou moins effilés à leurs deux extrémités et renflés en fuseau vers le milieu, ou bien ils prennent une disposition sinueuse, contournée, etc. Sur la plupart, ces déformations se montrent dès qu'ils atteignent une largeur de 3 à 4 centièmes de millimètre. Ces déformations sont encore rendues plus singulières par suite de ce fait que souvent deux ou un plus grand nombre de corpuscules voisins les uns des autres se réunissent et se soudent plus ou moins intimement ensemble, soit directement, soit parce que de leur circonférence poussent des prolongements cylindroïdes, fusiformes, etc., granuleux comme le corps principal, qui vont se joindre à des corps semblables. De là résultent des amas complexes, circonscrivant des mailles plus ou moins larges, formant des réseaux plus ou moins élégants et d'une assez grande étendue parfois.

Sur certains de ces corps les prolongements de même nature que ceux dont il vient d'être question sont étranglés d'espace en espace, ou à leur jonction avec les corps eux-mêmes, ce qui en varie encore l'aspect extérieur.

Ces prolongements, après s'être ramifiés ou non, se terminent quel-

Digitized by Google

quefois à la surface de la capsule en s'amincissant ou s'effilant peu à peu sans rencontrer de prolongements semblables, ni d'autres corps, ni le contour des néo-membranes.

Enfin, certains de ces corps se joignent entre eux ou à la circonférence des néo-membranes par des filaments ou des lamelles pâles, transparentes, homogènes ou à peine fibroïdes, qui se détachent de leur circonférence et vont se réunir aux corps voisins. Ces filaments eux-mêmes, souvent ramifiés du reste, droits ou flexueux, anastomosés ou non ensemble, peuvent se perdre à la surface de la capsule en s'effilant, sans offrir de communications avec d'autres.

Les prolongements pâles qui se détachent de ces corps granuleux et se terminent sans aller joindre d'autres corps semblables ou la néo-membrane, sont souvent minces, aplatis, très pâles ou très étroits, fort allongés, presque analogues à des fibres de tissu lamineux. Qu'ils soient longs ou très courts, terminés en pointe ou ramifiés avec ou sans anastomoses, ils ne concourent pas moins à donner des aspects très variés à l'ensemble de ces corps grenus, sans parler de la singularité de disposition des contours de ceux-ci.

Bien que le produit morbide décrit précédemment ne renferme jamais de vaisseaux, quelle que soit la nature intime de la maladie dans ces sortes d'altérations, on ne peut refuser au produit principal le nom de *néo membrane* (1). Mais l'absence de vaisseaux, le parallélisme, l'écartement des stries, la fermeté du tissu, sa déchirure plutôt lamelleuse que fibrillaire, et quand des fibrilles se montrent, l'élasticité, la roideur de ces filaments sont autant de caractères qui le distinguent du tissu lamineux des néo-membranes vasculaires et molles du péritoine, de la plèvre, etc. (Voyez la détermination de leur nature, p. 210).

§ III. — Cataractes capsulaires crayeuses.

Les parties opaques de cette espèce de cataracte capsulaire doivent leur opacité à l'accumulation de grains microscopiques de carbonate de chaux qui, en ces points-là, sont entièrement contigus les uns aux autres; mais dans le voisinage et dans toute l'étendue de la moitié an-

(1) Voy. *Dictionnaire de médecine* par Nysten, xi[e] édition, par MM. Littré et Ch. Robin. Paris, 1858, grand in-8, page 938.

Digitized by Google

térieure de la capsule, les grains de matière pierreuse sont tantôt plus, tantôt moins rapprochés les uns des autres.

Structure et disposition des grains crayeux ou calcaires qui causent l'opacité de la capsule. — Les grains isolés siégent sur la surface antérieure de la capsule, et ils font saillie moitié dans son épaisseur, moitié au dehors; en sorte qu'ils déterminent des élevures ou saillies microscopiques de la surface antérieure de la capsule. Ces grains ne sont pas simplement appliqués à la surface, mais ils sont recouverts dans leur portion libre d'une couche de la substance de la capsule, épaisse de 1 à 3 millièmes de millimètre. Aussi ces grains ne se détachent qu'autant que la déchirure vient à passer au niveau même de l'un d'eux, ou lorsque, par le raclage, on détruit cette mince couche.

Voici maintenant quelle est la disposition des granulations dont nous venons de parler : il en est un certain nombre qui sont isolées; parmi ces dernières, il en est dont le diamètre peut atteindre 2 à 3 centièmes de millimètre; celles-là peuvent être nettement arrondies ou à contours un peu onduleux, complétement homogènes ou légèrement marquées de lignes concentriques. Elles réfractent fortement la lumière, et, avant l'action de l'acide acétique, il serait difficile de ne pas les prendre pour des gouttes de graisse. La trame qui reste après leur dissolution est presque homogène et très pâle. Ces granulations isolées et les corps que nous venons de décrire sont les dispositions les moins nombreuses : on trouve aussi des grains sphériques de carbonate calcaire accumulés, soit en groupes parfaitement arrondis, soit en amas de configurations diverses.

Tous ces groupes sont remarquables par la netteté de contour des granules calcaires et reçoivent une grande élégance du mode de réfraction de la lumière résultant de leur superposition. Les grains qui sont ainsi accumulés ont un diamètre qui varie de 5 à 10 millièmes de millimètre; les dispositions les plus communes de ces amas sont la forme sphéroïdale ou irrégulière; ils sont constitués par des grains dont le diamètre varie depuis 1 jusqu'à 5 ou 6 millièmes de millimètre environ. Ces amas varient eux-mêmes de 1 à 5 centièmes de millimètre de diamètre. Ce sont eux qui, après l'action de l'acide acétique, laissent la trame la plus abondante. Sur le bord déchiré de la capsule, on peut voir très manifestement que ces grains sont contenus dans une petite cavité

Digitized by Google

à circonférence très pâle qu'ils remplissent exactement. On trouve enfin un autre mode d'accumulation des grains crayeux, ce sont des espèces de plaques, de traînées ou de nappes irrégulières, quelquefois à configuration bizarre et assez élégante occupant une surface qui peut atteindre 1 dixième de millimètre et plus; les grains qui composent ces espèces de nappes sont tantôt contigus et donnent une assez grande opacité à ces portions-là, tantôt isolés et plus ou moins écartés les uns des autres.

Tous les granules crayeux offrent un pouvoir réfringent considérable, comme tous les sels calcaires; leur contour est foncé, noir, leur centre brillant, jaunâtre; cette particularité leur donne l'aspect extérieur de corps graisseux, dont ils offrent aussi la régularité de contours; mais l'acide chlorhydrique qui les dissout avec dégagement de gaz, comme il le fait pour le carbonate de chaux, montre qu'il s'agit bien d'un sel de cette nature. En outre, il existe quelquefois, au milieu des amas de granules, des cristaux prismatiques dont le diamètre varie entre 5 et 12 millièmes de millimètre. Ces cristaux offrent l'aspect extérieur de ceux du carbonate de chaux; ils sont, comme les grains dont nous venons de parler, enfoncés dans la substance de la capsule, mais tout à fait à la surface antérieure. Après la dissolution des grains par l'acide acétique, il ne reste à leur place qu'une petite cavité à contours très pâles, mal limités, et quelques grains grisâtres qui semblent représenter une trame de substance azotée à laquelle étaient unis les sels calcaires avant la dissolution. A la place de quelques-uns d'entre eux, la cavité offre aussi l'aspect granuleux, grisâtre, et ne réfracte que très faiblement la lumière.

C'est de la réunion, de la contiguïté et de l'accumulation de tous ces groupes du carbonate de chaux que résultent les plaques visibles à l'œil nu, dont nous avons parlé en commençant. Dans ces régions, où les amas sont contigus, les cristaux, quand ils existent, sont plus nombreux que dans les plaques ou amas isolés et souvent disposés en séries.

A part la surface de la capsule, le reste de la substance de cet organe est complétement transparent. L'épithélium qui tapisse la face interne ou postérieure de la cristalloïde antérieure est en partie détruit; pourtant il en existe çà et là des lambeaux parfaitement reconnaissables, et dont les cellules sont à peine plus granuleuses qu'à l'état normal.

Digitized by Google

État de la cristalloïde antérieure entre les amas crayeux. — Dans certains cas, la surface irienne de la capsule est uniformément couverte de très fines granulations jaunâtres qui offrent la réaction du carbonate de chaux, c'est-à-dire la solubilité dans l'acide chlorhydrique, etc., puis dégagement notable de gaz avec insolubilité dans l'éther, etc.

Dans la plus grande partie de la surface de la capsule, on observe quelquefois des bosselures ou des élevures demi-cylindriques, bizarrement contournées, larges de 3 à 6 centièmes de millimètre et saillantes du côté de l'humeur aqueuse; elles sont formées par des granulations accumulées dans l'épaisseur de la capsule, mais très près de sa surface, comme les granules calcaires décrits plus haut (p. 223). Les granulations moléculaires qui composent ces saillies cylindroïdes contournées sont en général de petit volume, c'est-à-dire de 1 à 3 millièmes de millimètre. Par places pourtant on en trouve de plus volumineuses, atteignant 5 à 6 millièmes de millimètre; seulement, dans ces points, ces granulations volumineuses sont isolées, c'est-à-dire ne sont pas contiguës, mais disposées à intervalles à peu près égaux, intervalles qui égalent à peu près leur propre largeur.

Il est des points où les portions de capsule que n'occupent pas ces saillies cylindroïdes contournées sont transparentes, homogènes ou striées. Dans d'autres endroits elles sont parsemées de fines granulations. A la partie superficielle de la moitié antérieure de la capsule se trouvent des traînées de granulations jaunâtres, à contour foncé et un peu irrégulières: ces traînées sont flexueuses, à contour mal déterminé. Sur les parties de la capsule qui sont accidentellement pliées en deux, on peut constater qu'elles empiètent sur la substance de la capsule dans une épaisseur de 3 à 4 millièmes de millimètre; du côté de l'iris, elles font une saillie cylindroïde au dehors d'environ 1 centième de millimètre et même plus. Outre ces traînées de granulations, on remarque çà et là des corpuscules arrondis, tantôt simples et isolés, tantôt réunis et soudés au nombre de deux ou trois. Ces corpuscules ont une coloration jaunâtre, à contour foncé avec un centre brillant; plusieurs offrent autour du centre des lignes concentriques régulières. Ces corps, aussi bien que les traînées granuleuses, se comportent au contact des acides de la même manière. L'acide acétique les attaque, mais très lentement: l'acide chlorhydrique, au contraire, les attaque avec assez

Digitized by Google

de rapidité en dégageant des bulles extrêmement petites de gaz, fait qui indique la présence du carbonate de chaux, associé probablement au phosphate. Lorsque ces masses ont été dissoutes, il reste à leur place, et en particulier à la place des globules sphériques dont il vient d'être question, il reste, dis-je, une trame de substance azotée, amorphe, homogène, ou quelquefois finement granuleuse, conservant la forme et le volume des corpuscules. Il est possible de constater, sur le bord des plis de la capsule, que ces corps sont emboîtés dans la partie antérieure de celle-ci par la moitié de leur épaisseur, tandis que l'autre moitié ou les deux tiers font saillie du côté de l'humeur aqueuse; là une très mince couche de la substance de la cristalloïde les recouvre (voy. p. 223).

État de la cristalloïde postérieure. — Lorsque la surface hyaloïdienne de la moitié postérieure de la capsule est devenue granuleuse, çà et là se trouvent des points qui ont conservé la transparence et l'homogénéité normales; mais dans le reste de son étendue, elle présente des granulations moléculaires que nous allons décrire. Ici aussi, ce ne sont plus, comme dans la moitié antérieure de la capsule, des amas isolés, c'est une couche uniforme épaisse de 2 à 4 millièmes de millimètre au plus, composée de fines granulations. Elles sont accompagnées quelquefois, mais rarement, d'un petit nombre des amas cylindroïdes et contournés, intestiniformes, déjà décrits plus haut. La plupart des granulations se dissolvent dans l'acide acétique. Il en est pourtant qui restent sans se dissoudre et qui se comportent à la manière des corps gras, mais celles-ci sont en petite quantité. Il est facile de constater que cette couche remarquable par son uniformité dans les points où elle existe, est bien située dans l'épaisseur de la capsule même, mais sur sa surface hyaloïdienne, tandis que le reste de l'épaisseur de la cristalloïde postérieure est, dans la plupart des points, complétement homogène, et ailleurs offre une déchirure légèrement fibroïde ou lamelleuse.

De la prétendue ossification de la capsule du cristallin. — Le dépôt de granules calcaires décrits plus haut peut atteindre un développement tel que la capsule malade offre une épaisseur de 1 millimètre, ainsi que je l'ai constaté sur une pièce qui m'a été remise par M. Malgaigne. La couche opaque était rugueuse à sa face antérieure; elle s'amincissait en approchant de la circonférence du cristallin et ne s'étendait pas sur la cristalloïde postérieure. Elle était cassante comme de la pierre et les

Digitized by Google

fragments étaient anguleux. Ils étaient assez résistants pour qu'on eût de la peine à les écraser pour les examiner au microscope. Les particules en lesquelles on les réduisait alors étaient anguleuses pour la plupart; mais avec celles-ci on trouvait aussi beaucoup de grains arrondis, isolés ou réunis en groupes, semblables à ceux qui ont été décrits précédemment (p. 223 et 225). Ils se dissolvaient comme eux dans l'acide chlorhydrique en dégageant une grande quantité de gaz, et laissaient comme résidu une trame organique qui n'était perceptible que sur les plus gros fragments. On détachait un grand nombre de granules arrondis en raclant la surface du produit morbide.

Derrière le dépôt crayeux et opaque se trouvait la capsule, difficile à détacher du produit morbide. Elle n'était envahie par ce dernier que dans un cinquième au plus de son épaisseur; le reste de celle-ci avait conservé toute sa transparence sans prendre l'aspect granuleux ni de disposition fibroïde ou striée.

Ainsi l'on voit que rien dans cette structure ne rapproche du tissu osseux cette altération de la capsule du cristallin. Il ne s'agit pas dans cette lésion d'une espèce particulière de cataracte capsulaire, mais seulement du degré le plus avancé de la cataracte crayeuse, qui commence par se présenter sous forme de petits points, de plaques ou de traînées blanchâtres. Elle conserve la structure et les réactions de cette espèce de cataracte, et rien en dehors de la consistance du tissu morbide n'autorise l'expression d'*ossification* de la capsule employée par quelques auteurs.

Causes de l'aspect végétant que présentent certaines cataractes. — La plupart des cataractes dites végétantes appartiennent à l'*espèce néo-membraneuse*. Cet aspect est dû à une saillie de forme pyramidale ou autre de la néo-membrane.

Il y a pourtant des *cataractes capsulaires crétacées* qui offrent une disposition végétante, rugueuse, mais non pyramidale. Mais alors cet aspect végétant qui semble exister pour l'œil nu n'est point réel. Dans ces cas-là on constate que la capsule du cristallin n'offre pas de production nouvelle proprement dite, saillante à l'extérieur; les parties plus saillantes que les autres et qui donnent un aspect irrégulier à l'appareil cristallinien n'ont pas plus d'épaisseur en ce point que la portion de la cristalloïde restée régulière. Cette apparence trompeuse de végétation est due à une portion plissée de la capsule, laquelle est réellement plus

Digitized by Google

grande qu'il ne faut pour envelopper complétement le cristallin, lequel est en partie atrophié. Cette portion saillante est plissée et froncée d'une manière très remarquable; ces plissements, du reste, s'observent autour de cette partie saillante, à sa base et dans une grande étendue de la capsule. Or, dans toute cette partie plissée, on trouve les altérations dont il a été question plus haut.

État de la substance propre de la capsule. — Il arrive quelquefois, mais rarement, dans la variété crayeuse de la cataracte capsulaire qu'au niveau des parties les plus chargées de granulations, tant à la face antérieure qu'à la face postérieure, la substance même de la capsule, ordinairement si pure et si homogène, est parsemée de très fines granulations moléculaires, fort pâles, attaquées par l'acide acétique. Les surfaces produites par sa déchirure, au lieu d'être nettes et aussi lisses que du verre nettement cassé, sont alors irrégulièrement striées; les stries sont peu ou pas onduleuses, très fines et très pâles. Toutes les parties ainsi striées sont remarquables par l'aspect denticulé de leurs bords déchirés et par l'aspect lamelleux des lambeaux que présente cette déchirure. Quelquefois même, par places, cette dernière s'opère avec production d'excavations aréolaires arrondies, conchoïdales, etc. Ces lambeaux lamelleux, à bords tranchants, sont eux-mêmes tantôt finement striés, tantôt à peu près homogènes. Ce changement dans le mode de déchirure de la cristalloïde indique des modifications moléculaires survenues dans sa substance par suite de troubles de sa nutrition. Il s'observe rarement, mais il est important de le connaître pour ne pas confondre cette altération avec les néo-membranes décrites précédemment; car on la rencontre parfois aussi sur les capsules plissées, devenues opaques ou non, étudiées plus ou moins longtemps après que le cristallin a été déplacé par accident ou par le chirurgien. (On pourra consulter comme observations types de cataracte capsulaire crayeuse les deux observations et les figures correspondantes rapportées dans Sichel, *Iconographie ophthalmologique*, XIII^e^ livraison, 1855, in-4°, planches LXII et LXIII, p. 333 à 339. Pour la variété précédente d'altération de la substance propre de la cristalloïde, Desmarres et Robin, *Gazette des hôpitaux*, octobre 1853, observation du 22 août 1853. — Voy. aussi Broca, *Mémoire sur la cataracte capsulaire*, *Bulletins de la Société anatomique*, Paris, 1853-1854).

Digitized by Google

DEUXIÈME PARTIE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES CATARACTES LENTICULAIRES.

§ I^er^. — Description générale.

L'appareil cristallinien se compose : 1° de la *capsule* ou *cristalloïde* des auteurs des XVII^e^ et XVIII^e^ siècles, divisée en deux moitiés, *cristalloïde antérieure* et *cristalloïde postérieure :* cette dernière plonge dans le corps vitré, l'autre plonge dans l'humeur aqueuse; 2° de la couche d'épithélium de la capsule du cristallin qui est placée à la face interne ou cristalline de la cristalloïde antérieure. Pappenheim, Bruecke, Stellwag et autres l'ont à tort considérée comme placée à la face antérieure ou irienne de la capsule. Les cellules de cette couche ont tous les caractères anatomiques et tous les modes d'altération des cellules d'épithélium. Elles sont très régulièrement polyédriques par pression réciproque, larges de 12 à 15, rarement 20 millièmes de millimètre, finement et uniformément granuleuses et pourvues d'un noyau sphérique ou ovoïde, habituellement sans nucléole; elles forment une couche épithéliale des plus élégantes; elles sont analogues à celles qui tapissent la face postérieure de la membrane de Descemet. Il n'est pas rare de trouver sur l'une et l'autre de ces membranes de l'œil (chez les animaux qu'on vient de tuer et parfois chez l'homme) ces couches épithéliales représentées par les noyaux régulièrement écartés, plongés dans une substance uniformément granuleuse, semblable à celle qui forme le corps des cellules épithéliales, mais non encore partagée en cellules par des sillons de segmentation entre les noyaux. 3° Immédiatement derrière cette rangée unique de cellules d'épithélium et en contact avec elle se trouvent les *cellules du cristallin*, qui conduisent insensiblement aux *tubes du cristallin*. Ceux-ci proviennent directement de l'allongement et de la soudure des cellules précédentes les unes au bout des autres, ce qui fait que ces éléments sont signalés ici dans un même paragraphe. Ces cellules et ces tubes forment la couche superficielle, molle, pultacée, transparente, qui entoure le cristallin et en forme le quart extérieur de son épaisseur à sa partie antérieure, et le huitième ou le sixième environ à sa moitié postérieure. Elle a été comparée, pour

Digitized by Google

la consistance, à une solution de gomme épaisse (1). 4° Le centre ou *noyau* du cristallin, au-dessous de la couche molle, est composé par les *fibres dentelées* ou *fibres propres* du cristallin (2).

La couche molle ci-dessus, ou mieux les cellules et les tubes qui la forment, s'enfoncent un peu plus profondément dans le noyau de l'organe, au niveau des parties suivantes :

a. A la *face antérieure* suivant la direction de trois lignes ou espaces étroits qui rayonnent du centre de chaque face vers la circonférence, à la manière de méridiens, en divergeant sous un angle de 120 degrés; l'une descend en bas et les deux autres sont ascendantes obliques.

b. A la *face postérieure* les cellules s'enfoncent aussi un peu dans la profondeur du noyau, suivant la direction de trois méridiens rayonnants vers la circonférence, mais dans une direction précisément inverse à celle des lignes de la face antérieure; de sorte que les rayons d'une face correspondront aux espaces interradiaux de l'autre; mais il faut noter qu'à la face postérieure le rayon supérieur se bifurque très près du centre, et quelquefois les deux rayons descendants se bifurquent aussi, mais près de la circonférence seulement.

La plus grande épaisseur de la couche des *cellules* et des *tubes du cristallin* au niveau de ces lignes ou méridiens, fait qu'à l'état normal les méridiens que nous venons de signaler se présentent à l'observateur comme autant de petits espaces clairs, rayonnants, ce qu'il faut chercher dans les cristallins d'enfants surtout. Mais dans certains états mor-

(1) Voyez aussi Ch. Robin, *Anatomie pathologique des cataractes en général* (extrait du t. V des *Archives d'ophthalmologie*, n^os^ de novembre et de décembre 1855, et du t. III du *Traité des maladies des yeux* de M. Desmarres, 2^e^ édition, 1853-1856, in-8, pag. 1 et suiv.).

(2) Les éléments pris à la superficie de la face postérieure du cristallin, que M. Testelin décrit sous le nom de *couche des bulbes et des fibres bulbaires*, sont de larges fibres dentelées et déformées par la préparation et par l'action de l'alun. C'est à tort qu'il les compare aux dépôts de forme singulière qui se produisent dans les cas de cataracte capsulaire à la surface libre de la cristalloïde antérieure, que j'ai fait connaître avec M. Ad. Richard (*loc. cit.*, 1855, fig. 6, et ci-dessus, p. 213). Il n'y pas la moindre analogie de forme, ni surtout de volume et de structure, entre ces corps, dont les uns résultent de l'action de l'alun sur des fibres du cristallin, tandis que les autres sont des produits morbides développés à la superficie de la capsule (Testelin, *Note sur quelques points de la structure du cristallin et de sa capsule à l'état normal et à l'état pathologique*, Bruxelles, 1856, in-8, pag. 43-45). Les éléments qu'il décrit sous le nom de *fibres rubanées* (pag. 48) sont des *tubes* n'ayant plus de noyau, ce qui se voit toujours sur les plus rapprochées des fibres dentelées, et sur un nombre d'autant plus grand que le sujet est plus âgé; mais ils ne forment pas une espèce distincte d'éléments du cristallin.

Digitized by Google

bides les cellules venant à offrir une altération particulière dont la nature sera bientôt signalée et qui les rend opalines, moins transparentes, ces espaces clairs deviennent blanchâtres, plus ou moins opaques. Telle est la cause anatomique et l'altération caractéristique de la cataracte à trois branches, qui est la plus simple et peut-être aussi la plus rare de toutes.

Nous allons voir actuellement la connaissance de l'état normal qui vient d'être rappelé éclairer d'une manière aussi nette l'anatomie pathologique des autres cataractes que celle de la cataracte à trois branches.

Les *cellules* et les *tubes du cristallin*, doués d'une délicatesse de structure et d'une altérabilité extrêmes, tiennent, en effet, le premier rang sous le rapport de la fréquence des altérations que nous décrirons.

Les cellules du cristallin (all. *Linsenkugeln*, *globuli lentis*. *Globules du cristallin* ou *de Morgagni*, *globules ou cellules de l'humeur de Morgagni*) constituent une couche de cellules qui, par leur juxtaposition et y compris les tubes à noyaux qui en proviennent, forment la *couche* de consistance et d'aspect *gommeux*, molle, de la face antérieure du cristallin, appelée aussi *couche de Morgagni* (1). Ce sont elles qui, en raison de leur délicatesse, se dissociant après la mort par décomposition cadavérique, se réduisent en un liquide tenant en suspension des granulations et des gouttes pâles, incolores, liquide cadavérique connu sous le nom d'*humeur de Morgagni*. C'est par une destruction morbide analogue avec production de gouttes et granulations, que se produit la *cataracte liquide, cystique ou morgagnienne*. Ces cellules se trouvent immédiatement derrière la couche épithéliale qui tapisse la face interne de la cristalloïde antérieure et s'avancent à peine sur la face postérieure du cristallin. Elles ne sont polyédriques que par compression réciproque; elles sont larges de 3 à 6 centièmes de millimètre, et par con-

(1) Les corps que M. Testelin figure et décrit sous le nom de *corpuscules de Morgagni* sont des *gouttes sarcodiques* exsudées des tubes et des fibres du cristallin, mais non les *cellules du cristallin* qui forment la couche gommeuse de cet organe, se liquéfiant peu après la mort. Quant aux grandes et belles cellules du cristallin, presque toutes pourvues d'un noyau, il ne les décrit pas, et, ainsi que beaucoup d'autres auteurs, il prend pour telles les gouttes sarcodiques exsudées par suite de modifications cadavériques des cellules mêmes et surtout des tubes et des fibres du cristallin (Testelin, *loc. cit.*, 1856, pag. 33 à 42). C'est à tort que M. Testelin me fait dire que je n'admets pas (pag. 36) les cellules du cristallin comme distinctes de l'épithélium de la cristalloïde antérieure, puisque je combats l'opinion de De Graefe et autres, qui ont fait cette confusion.

Digitized by Google

séquent du double au triple plus grandes que les cellules épithéliales qui les avoisinent; elles sont très pâles, incolores, sans granulations, formant par leur superposition une couche de tissus des plus élégants sous le microscope. Il en est quelques-unes sans noyaux, et dans toutes le noyau se forme après la cellule. Il commence à apparaître comme un amas de fines granulations; cet amas est sphérique, à contours mal limités ou irréguliers, avec des espèces de ramifications produites par des traînées fort délicates de fines granulations. Plus on approche du centre du cristallin, plus les cellules offrent cet amas bien limité, et enfin on trouve des noyaux à contour net, soit ovales, soit sphériques. En même temps que le contour devient net, on commence à apercevoir un nucléole large d'un millième de millimètre. Plus on approche de la profondeur du cristallin, plus les cellules (*globuli lentis*) sont comprimées les unes contre les autres, allongées et étroites; on arrive enfin à voir des tubes formés, dans une certaine longueur, de plusieurs cellules très allongées, juxtaposées et adhérentes par leurs extrémités étroites, et dans le reste de leur étendue ils n'offrent plus trace de soudure, mais se présentent comme un tube continu, sans interruption, à bords parallèles et pourvu d'un petit nombre de granulations seulement.

Les cellules du cristallin ont été signalées d'abord chez l'homme par Huschke, qui les a nommées *globuli lentis* (1833), puis chez l'embryon par Werneck (1834) et par Valentin (1835), qui a vu des fibres pourvues de noyaux en provenir. Elles ont été observées par Schwann également (1838), qui, ainsi que Werneck, a constaté que les unes ont un noyau, les autres pas. Henle (1) décrit exactement ces cellules, mais moins bien leur noyau (1841). Bischoff a vu également les grandes cellules avec ou sans noyaux, et il signale (1842), sous le nom de *fibres pourvues de noyaux*, les tubes du cristallin comme provenant de celles des cellules seulement qui sont pourvues de noyau; tubes ou fibres à noyaux qui, en perdant ceux-ci et s'aplatissant, par suite des phases de leur évolution, deviendraient les *fibres* ou *bandelettes dentelées* du cristallin. Depuis que Bowmann et Bruecke (1847) ont montré que ces cellules sont distinctes de l'épithélium de la capsule (dont seulement ce dernier indique mal la situation réelle); que ces cellules constituent ce que l'on nomme *humeur de Morgagni;* qu'elles forment la substance des rayons

(1) *Traité d'anatomie générale.* Paris, 1843, t. I, p. 349 et suiv.

Digitized by Google

qui partent du centre, on a peu ajouté aux données précédentes. Les différentes dénominations et hypothèses que beaucoup d'auteurs ont publiées depuis, ont même plus embrouillé qu'éclairé l'histoire de ces éléments. La plupart des anatomistes ou des médecins ont en outre confondu sous une seule description l'épithélium qui tapisse sa capsule et lui adhère avec les *cellules du cristallin;* les uns alors ont dit que les fibres provenaient de l'*épithélium*, se transformant d'abord en tubes (Kœlliker); les autres, n'ayant peut-être vu que les cellules du cristallin juxtaposées, devenues polyédriques, et non l'épithélium, ont dit que ce n'était pas un épithélium, mais des cellules spéciales qu'on trouve dans la capsule, à la face antérieure de la lentille. Mais nous avons vu qu'on trouve l'un et l'autre.

Il n'est pas douteux, à la lecture des descriptions et des nombres indiquant le diamètre des *globuli lentis*, que sous ce nom et sous celui de *cellules du cristallin*, beaucoup d'auteurs ont confondu ensemble : 1° les *cellules du cristallin* ou de l'*humeur de Morgagni*, grandes, transparentes, la plupart pourvues d'un noyau; 2° les gouttes claires, limpides, incolores ou à peine teintées de rose, de volume très différent de l'une à l'autre, lesquelles exsudent de tous les éléments, fibres ou cellules, de la couche molle du cristallin après la mort, et d'autant plus qu'elle date de plus longtemps. Plusieurs même n'ont vu que ces gouttes de volume variable et non les cellules. Ces gouttes sont analogues à celles qui exsudent de tous les éléments anatomiques de structure délicate, comme premier effet d'une altération cadavérique, et qui ont reçu le nom de *gouttes* ou *globules sarcodiques;* les cellules épithéliales des vésicules de De Graaf, celles de la trachée, celles de la corde dorsale à tous leurs âges et d'autres éléments encore en offrent des exemples.

§ II. — Classification des cataractes lenticulaires.

Les cataractes lenticulaires sont toutes celles dans lesquelles l'opacité est due à une lésion de la lentille même; il y en a plusieurs espèces parce que le tissu de cet organe peut offrir plusieurs sortes d'altérations, et chaque espèce peut avoir des variétés.

Les espèces sont au nombre de quatre. Ce sont : la *molle*, la *liquide*, la *dure* et la *pierreuse* ou *crétacée*.

Digitized by Google

PREMIÈRE ESPÈCE. — *Cataractes lenticulaires molles.* — La nature anatomique de cette espèce étant complexe, on ne peut tirer un nom propre de cette nature; celui-ci est donc emprunté à la consistance du tissu. Ce dernier, en effet, a changé de couleur; mais il a conservé généralement la faible consistance normale de la surface du cristallin, ou est devenu soit un peu plus ferme, soit, le plus souvent, un peu plus mou encore.

Cette espèce n'offre, en réalité, que les deux variétés suivantes au point de vue anatomique :

Première variété. — Cataracte lenticulaire molle à opacités disséminées ou commençante. — Elle est toujours caractérisée anatomiquement par les lésions décrites plus bas; mais au point de vue des signes objectifs, elle est souvent subdivisée en plusieurs sous-variétés, selon le mode de distribution de ces lésions et des opacités correspondantes, à la surface du cristallin.

Ces sous-variétés se définissent pour la plupart d'elles-mêmes; ce sont les suivantes :

1° Cataracte ponctuée ou pointillée;
2° Striée,
3° Étoilée,
4° A trois branches, } radiées ou rayonnantes;
5° Barrée;
6° Fenêtrée;
7° Déhiscente;

Nous verrons plus loin que la structure de celle-ci mérite une description spéciale.

Deuxième variété. — Cataracte lenticulaire molle à opacité uniforme ou corticale. — Cette variété se définit d'elle-même; elle présente pour l'anatomiste deux sous-variétés qu'on ne peut pas diagnostiquer habituellement avant l'opération; ce sont :

1° Cataracte molle opaque à la surface, le noyau conservant sa consistance normale, et alors aussi sa transparence, sauf la coloration ambrée propre au noyau du cristallin des vieillards;

2° Cataracte *mixte*, dans laquelle la couche de la surface est opaque, molle, et le noyau plus dur qu'à l'état normal, mais habituellement alors moins transparent, grisâtre ou brunâtre.

On trouve dans cette variété la même structure anatomo-patholo-

Digitized by Google

gique que dans la précédente, sauf la consistance du noyau. Nous n'aurons donc besoin de décrire plus bas que les deux variétés précédentes, sans avoir besoin de parler davantage de leurs sous-variétés. Celles-ci sont assez connues anatomiquement d'après ce qui précède.

Au point de vue étiologique, on ajoute quelquefois aux variétés ou sous-variétés précédentes celles dites *congénitales*, *traumatiques et glaucomateuses*. Mais la structure anatomique, la lésion en un mot, est la même que dans les précédentes ; c'est donc dans l'étude des causes, et non dans celle des signes, de la structure anatomique, de la classification surtout, qu'il doit en être fait mention spéciale.

Deuxième espèce. — *Cataractes lenticulaires liquides.* — Cette variété est souvent, au point de vue étiologique, une des phases d'évolution des deux variétés de cataractes molles, surtout de la première, en un mot, elle a été précédée par elles; mais au point de vue anatomique, liquidité n'est pas mollesse, ou *vice versâ ;* les éléments constitutifs sont aussi trop différents pour qu'on doive n'en faire qu'une variété des cataractes molles.

Cette distinction, du reste, doit évidemment être conservée dans l'étude des signes, le diagnostic et même le traitement.

Cette espèce a encore reçu les noms de *morgagnienne,* d'*intersticielle,* de *cystique* et de *laiteuse.*

Troisième espèce. — *Cataracte lenticulaire dure.* — Même remarque sur le nom propre de cette espèce de cataracte que sur celui de la *lenticulaire molle.*

D'après sa couleur on la désigne quelquefois sous les noms de *brune, noire et verte ;* mais ce qu'il y a de commun à tous ces cas, c'est la dureté et la structure ; cette dernière est la même, quelle que soit la *couleur.* Celle-ci, du reste, n'est souvent plus aussi tranchée une fois l'extraction faite qu'elle l'était avant, parce que dans son appréciation sur le vivant, il faut tenir compte de la nature du *jour* à l'aide duquel on fait l'examen, puis des phénomènes de contraste simultané qui ont lieu entre les couleurs du fond pupillaire et de l'iris.

Quatrième espèce. — *Cataracte lenticulaire pierreuse ou crétacée.* — Cette cataracte est souvent rangée parmi les cataractes *dures* d'après sa consistance ; mais ici la composition du produit qui cause l'opacité diffère tellement de l'altération qui détermine celle des cataractes

Digitized by Google

dures, qu'on ne peut éviter d'en faire une espèce à part, et surtout de la nommer d'après sa nature propre.

Elle est caractérisée par un dépôt blanc de carbonate de chaux accompagné d'un peu de phosphate de cette base.

Les sels incrustent les éléments des couches molles et dures du cristallin sans les détruire, du moins sans les détruire tous.

Nulle analogie de composition anatomique par conséquent avec les précédentes. Leur consistance diffère en outre notablement ; celle-ci est ordinairement plus grande à la surface du cristallin que profondément ; pourtant on verra, dans la description qui sera donnée plus loin, que probablement ces cataractes sont molles à leur début.

D'après ce qui précède, on voit que les noms de cataracte *lenticulaire*, *pierreuse*, *crayeuse* ou *calcaire*, peuvent être conservés. Celui de *cataracte lenticulaire osseuse* doit être rejeté, car les éléments caractéristiques des os ne s'y trouvent pas.

§ III. — Description particulière des espèces de cataractes lenticulaires.

PREMIÈRE ESPÈCE. CATARACTES LENTICULAIRES MOLLES.

PREMIÈRE VARIÉTÉ. — *Cataractes molles commençantes ou à opacités disséminées.*

Cataracte ponctuée ou pointillée. — Il est rare que cette variété puisse être observée anatomiquement, parce que, n'affectant qu'un œil ou permettant encore la vision, bien qu'imparfaitement, on n'est que rarement forcé de l'opérer. Je dois à l'obligeance de M. Desmarres d'avoir pu disséquer un cristallin offrant un type bien caractérisé de cette altération, qu'il avait été obligé d'extraire sur une jeune fille, âgée de dix-sept ans, dont les deux yeux étaient atteints de la même manière. Le cristallin offrait une mollesse uniforme dans toute son épaisseur, ce qui n'est pas commun; on ne distinguait pas de noyau central plus dur que le reste de l'organe, ainsi qu'on l'observe habituellement dans les cataractes molles.

On comptait sur chacune de ses faces dix à douze petites taches au moins, d'une manière inégale, dont quelques-unes étaient contiguës et les autres écartées. Leur diamètre variait depuis l'état d'un point presque imperceptible jusqu'à un tiers de millimètre. Leur couleur était d'un blanc mat; lorsque le cristallin fut à demi desséché, elles disparu-

Digitized by Google

rent, mais au bout de une ou deux minutes de séjour dans l'eau elles se montrèrent de nouveau aussi nettes qu'auparavant.

Il était facile de porter tout entière sous le microscope chacune des taches opaques successivement. La compression de la lame de verre les étalait légèrement ; de plusieurs points de leur périphérie, on pouvait voir s'écouler sous forme de petits courants, un liquide opalin, s'étalant en petites nappes nuageuses sur les bords de la préparation. On constatait sans peine que la couleur blanchâtre du liquide était due à de très fines granulations moléculaires d'un volume remarquablement uniforme, larges d'un millième de millimètre environ. Vues par transparence, ces granulations offraient un centre jaunâtre, et un contour noir, foncé, large par rapport à la partie centrale brillante. Ces granulations existant en nombre très considérables étaient toutes douées d'un mouvement Brownien, extrêmement vif et très énergique.

Sur les lambeaux de cristallin portés sous le microscope on voyait des taches, restées invisibles auparavant, parce qu'elles étaient encore trop transparentes ou trop petites pour que l'œil pût les apercevoir. L'examen de ces lésions montrait que les ponctuations existaient, non point dans la couche des cellules ou couche molle superficielle du cristallin normal, mais plus profondément, dans la couche des *tubes à noyaux* et entre les fibres dentelées les plus superficielles. Les taches les plus transparentes comme les plus opaques siégeaient non point dans l'épaisseur des fibres, mais entre elles et en les écartant ; elles n'étaient pas dues à une altération des éléments du cristallin, mais au dépôt entre elles des granulations décrites plus haut.

Il était facile de reconnaître que les taches les moins opaques étaient causées par le dépôt de ces granulations sous forme de traînées le long des fibres et des tubes du cristallin. Ces granulations étaient ainsi disposées en série, régulièrement écartées les unes des autres par un intervalle égal à la largeur de chaque élément du cristallin. Ces traînées de granules étaient plus ou moins épaisses de l'une à l'autre et offraient souvent çà et là de petits renflements dus à une plus grande accumulation de ces petits granules. Ces traînées interfibrillaires aboutissaient constamment à des plaques presque opaques, formées par les mêmes granulations entourant complétement les fibres à leur niveau et les masquant. La moindre pression ou la simple addition d'eau entre les lames

Digitized by Google

de verre suffisait pour faire écouler en quelque sorte ces granulations, les déplacer ou les chasser de la situation qu'elles occupaient.

Les taches les plus opaques étaient formées par un seul ou par plusieurs amas contigus de ces mêmes granulations. Dans ces amas, celles-ci étaient très faciles à dissocier et à faire écouler, si l'on peut parler ainsi, lorsqu'il s'agit de fins granules glissant entre d'autres éléments.

La moindre pression brisait ou écrasait ces amas et les réduisait en granulations isolées. Le volume des amas variait de 2 à 10 centièmes de millimètre; leur forme était généralement ovoïde ou sphérique, rarement polyédrique. Il était facile de voir qu'ils étaient formés uniquement de granulations moléculaires juxtaposées, sans enveloppe propre ni matière amorphe unissante interposée. Les plus petits comme les plus gros de ces amas formant les taches étaient remarquables par leur opacité, et par leur aspect noir, lorsqu'ils étaient vus par transparence sous le microscope.

Dans les taches les plus grosses, au milieu des amas réguliers ou irréguliers de granulations décrits ci-dessus, on voyait un assez grand nombre de globules sphériques, du volume des globules du sang ou à peu près, globules à contour net et noir, à centre jaune d'ambre et brillant. Ils offraient les mêmes réactions que les petites granulations et, par suite, peuvent être considérés comme de même nature, n'en différant que par le volume.

Toutes ces granulations étaient remarquables en ce que nul acide n'en dégageait de gaz, ce qui éloigne de l'idée de les regarder comme formées de carbonate de chaux. L'acide chlorhydrique ni la potasse ne les dissolvaient au moins d'une manière appréciable. L'acide acétique les dissolvait très rapidement, presque instantanément lorsqu'elles n'étaient pas interposées aux fibres du cristallin, bien plus vite qu'il n'attaque le phosphate de chaux. En outre, la glycérine les dissolvait peu à peu ou au moins les pâlissait beaucoup. Ces réactions ne sont ni celles des corps gras, ni celles des phosphates calcaires. Il semble donc que ces granulations étaient formées de substances azotées, telles que celles qui, en petit nombre dans l'économie, offrent une teinte jaunâtre sous le microscope et réfléchissent la lumière avec une coloration blanche ou jaunâtre. Les nucléoles brillants et volumineux de certaines cellules, par exemple, sont dans ce cas et se dissolvent dans l'acide acétique et la

Digitized by Google

glycérine, bien qu'ils réfractent aussi la lumière à la manière des corps gras. (Desmarres et Robin, *Note sur la structure de la cataracte pointillée ou ponctuée*, Gaz. des hôpitaux, 1856, p. 255.)

On trouvait, en outre, dans la portion la plus superficielle de ce cristallin, surtout à sa face antérieure, soit des gouttes pâles, soit des gouttes à contours sinueux d'aspect graisseux, soit enfin des corpuscules solides pâles, tels que ceux qui seront décrits plus loin, en parlant des *cataractes molles de la deuxième variété* (voyez les numéros 2° et 3°).

Cataractes rayées, striées, barrées, étoilées, etc. Sur les portions du cristallin dans lesquelles l'opacité se montre sous forme de lignes *étoilées*, etc., on trouve les altérations suivantes dans la couche molle superficielle de cet organe.

Cette opacité peut être due, ou bien à ce que l'altération des éléments constituants (cellules et tubes du cristallin) ne porte que sur ceux mêmes qui sont placés à ce niveau, ou encore à ce que, bien qu'elle porte sur toute l'étendue de la couche molle superficielle, elle n'est apercevable qu'au niveau des lignes où cette couche est un peu plus épaisse qu'ailleurs.

Lorsqu'on examine la structure intime des trois rayons blanchâtres, opalins ou assez opaques qui partent du centre, on trouve les altérations suivantes :

1° Les cellules du cristallin, au lieu de rester limpides, transparentes et homogènes, sont détruites, désagrégées et réduites à l'état de granulations et de gouttes d'aspect graisseux accumulées sans ordre. Les caractères particuliers de ces gouttes et de ces granulations seront décrits en traitant des autres espèces de cataractes.

2° Les tubes à noyaux sont devenus cohérents, plus mous, plus difficiles à isoler dans une certaine longueur, plus irrégulièrement granuleux qu'à l'état normal et ont perdu leurs noyaux.

Il résulte de là que ces divers éléments, au lieu de constituer une couche ou un tissu homogène, à texture régulière, à éléments exactement juxtaposés, forment une substance irrégulièrement granuleuse, une sorte d'émulsion demi-liquide, qui au lieu de se laisser traverser par la lumière en la réfractant la réfléchit avec une teinte blanche, comme tous les corps incolores ou graisseux réduits à l'état de granulations ou de gouttes microscopiques irrégulières.

Digitized by Google

DEUXIÈME VARIÉTÉ. — *Cataractes molles corticales ou à opacité complète.*

Elles se présentent ordinairement comme une suite de la variété précédente, comme une phase plus avancée de leur développement.

Elles sont bien plus fréquentes que les cataractes dures. La surface du cristallin extrait se présente sous forme d'une couche blanchâtre, blanc sâle, ou grisâtre, quelquefois encore un peu demi-transparente. Elle est pulpeuse, souvent plus molle que la portion, qui, à l'état normal, offre la consistance gommeuse ; elle est alors en quelque sorte diffluente, demi-liquide ; d'autres fois elle est un peu plus ferme. Dans ces dernières circonstances, elle est devenue plus friable, moins onctueuse, se détache parfois en couches ou lambeaux, comme des lames superposées ; ces fragments ou lambeaux se dissocient avec une grande facilité, surtout dans l'eau. Au-dessous de cette couche demi-solide ou diffluente, se trouve le noyau du cristallin qui montre la teinte jaune cornée qu'il offre chez les vieillards, ou qui, mais assez rarement, est moins transparent que dans ces conditions. Souvent il offre une consistance un peu supérieure à celle qui lui est habituelle ; ou bien il a conservé la consistance ordinaire du cristallin à cet âge. Aussi on peut dire que l'opacité du cristallin n'est point due à une affection du corps même de la lentille, mais seulement à une lésion portant sur la couche des tubes et des cellules du cristallin dans une épaisseur d'un dixième à un demi-millimètre.

1° *Structure des cataractes molles observées sur le cadavre.*

J'ai eu occasion de disséquer deux yeux cataractés pris sur le cadavre ; l'un entre autres, avec M. le docteur Schley, en juillet 1853, était l'œil gauche pris sur un sujet destiné aux dissections dont l'œil droit était sain.

Dans ces deux cas la capsule était intacte. L'épithélium de la cristalloïde antérieure avait ses cellules un peu plus granuleuses qu'à l'état normal. Beaucoup de celles-ci étaient devenues vésiculiformes claires, transparentes, sans granulations, à noyaux sphériques, semblables à ceux des cellules granuleuses. Un peu plus grandes et à angles plus arrondis que les cellules encore granuleuses, elles écartaient et comprimaient un peu ces dernières.

Dans le cas de M. Schley en particulier il n'y avait plus de cellules propres du cristallin ; au-dessous de l'épithélium et au-dessous de la

Digitized by Google

cristalloïde postérieure, se trouvaient des gouttes claires, limpides, incolores ou à reflet un peu rosé, sphériques lorsqu'elles ne se pressaient pas beaucoup, devenant polyédriques par pression réciproque. Les unes et les autres offraient toutes les dimensions possibles, entre 8 ou 10 millièmes de millimètre, grandeur du plus grand nombre, et 50 à 60 millièmes de millimètre, diamètre des plus grosses. Leur aspect était très régulier partout où elles présentaient un égal volume; il l'était moins quand elles avaient un volume inégal, mais il était partout d'une grande élégance par suite de leur forme polyédrique acquise par pression réciproque. Au-dessous de ces éléments existaient ceux qui sont décrits plus loin, d'après ce qu'on observe sur les cataractes opérées par extraction.

Dans l'autre cas où j'enlevais l'œil malade, sans noter lequel, sur un sujet arrivant de l'hôpital à l'École pratique pour servir aux dissections, la capsule était saine.

L'épithélium, resté adhérent à celle-ci, était devenu très légèrement blanchâtre, opalin pour l'œil nu, et en quelques points il était interrompu; en un mot il manquait par places. Sous le microscope, les cellules encore régulières, ayant leur diamètre ordinaire de 2 centièmes de millimètre en général, offraient plus de granulations qu'à l'état normal, et celles-ci, presque toutes à contour foncé, réfractaient la lumière en lui donnant une teinte légèrement jaunâtre.

Au-dessous de l'épithélium de la cristalloïde antérieure, partout où il existait, et directement au-dessous de la capsule, dans les points où manquait l'épithélium, on trouvait une couche de grandes cellules du cristallin sur une seule rangée par places, mais superposées en quelques points. Ces cellules étaient remarquables en ce que, au lieu d'être limpides, transparentes et homogènes comme les mêmes cellules normales ou comme les gouttes de la cataracte décrite plus haut, leur contenu était devenu finement et uniformément granuleux, à granulations grisâtres, petites, distribuées d'une manière égale dans toute l'étendue de la cellule; cette disposition ôtait à celles-ci leur transparence habituelle et faisait que la couche qu'elles formaient était blanchâtre, opaline. Elles étaient remarquables par leur forme partie arrondie, partie polyédrique par pression réciproque. En observant successivement toute leur circonférence, on passait des lignes courbes qui les limitaient aux concaves,

Digitized by Google

soit graduellement, soit d'une manière brusque et anguleuse, mais toujours fort élégante. Leur diamètre était de 6 centièmes de millimètre en général, souvent de 7, et plus rarement de 5 centièmes, tandis que les cellules épithéliales, devenues vésiculiformes, n'offraient que 3 à 4 centièmes de millimètre de large. Sur le bord des amas de cellules isolés par dilacération, on en trouvait qui étaient brisées irrégulièrement par le milieu, et l'on pouvait constater là l'homogénéité de la masse de ces cellules depuis la profondeur jusqu'à la surface même, sans paroi distincte du contenu.

Dans les points de la cristalloïde antérieure où l'épithélium manquait, cette capsule n'avait pas entraîné les cellules entières, mais par brisure de celles-ci elle avait entraîné celle de leurs moitiés qui lui adhérait en laissant l'autre à la surface du cristallin. Les restes des cellules adhérents à la cristalloïde y marquaient leur trace sous forme de fines lignes limitant des polygones réguliers, très élégants, à bords droits ou courbes; les surfaces circonscrites étaient tantôt transparentes, tantôt finement granuleuses; cette disposition existait lorsqu'une portion de la cellule devenue granuleuse pathologiquement était restée adhérente à la face interne de la capsule.

Toutes ces cellules étaient de forme, de dimensions et d'aspect général semblable à celui qu'on rencontre à l'état normal, chez les jeunes sujets plus facilement que chez les vieillards; mais elles en différaient par cet état granuleux pathologique, et aussi parce que toutes, à peu d'exceptions près, manquaient complétement de leur noyau.

Cette couche de grandes cellules s'étendait un peu sur la face postérieure du cristallin; mais la plus grande partie de la couche blanche sous la cristalloïde postérieure était d'un blanc opaque, laiteux, demi-solide, se dissociant en flocons dans l'eau. Elle était composée des mêmes éléments granuleux et en petites gouttes demi-liquides qui se trouvent en suspension dans le liquide de la cataracte morgagnienne, et décrits plus loin, mais seulement ici tous étaient contigus, sans mélange de liquide.

Au-dessous des cellules décrites plus haut et de cette substance granuleuse, la portion du cristallin, devenue opaque dans l'épaisseur d'un peu plus d'un demi-millimètre, était composée des éléments décrits ci-après, surtout de tubes réduits à l'état de bandelettes granuleuses,

Digitized by Google

aplaties. Plus profondément le noyau du cristallin était transparent, couleur de corne, composé de fibres dentelées, transparentes, un peu plus fermes seulement qu'à l'état normal.

2° *Structure des cataractes opérées par extraction.* — Dans les cataractes demi-molles opérées par extraction, la couche superficielle du cristallin, demi-solide ou diffluente, épaisse environ d'un demi-millimètre, est composée ordinairement des mêmes granulations ou gouttes décrites plus loin en traitant de la *cataracte liquide ou morgagnienne* (1°, 2° et 3°); mais elle renferme en outre les éléments suivants :

a. Elle contient beaucoup de gouttelettes d'aspect graisseux quant au pouvoir réfringent et à la manière dont elles s'englobent les unes dans les autres, bien qu'elles n'offrent pas la coloration jaune aussi foncée que dans les corps gras ordinaires. Ces gouttes s'observent aussi dans l'épaisseur du tissu des cataractes dures. Ces gouttes d'aspect huileux réfractent la lumière faiblement en lui donnant une teinte légèrement rosée; leurs contours sont assez nets et foncés, presque toujours sinueux. Leur volume varie de 5 à 35 millièmes de millimètre en général. Elles renferment souvent d'autres gouttes dans leur épaisseur, qui elles-mêmes en emboîtent successivement plusieurs autres, de manière à donner un aspect très remarquable aux séries de lignes sinueuses concentriques résultant de ces emboîtements de gouttes les unes par les autres. Sauf le pouvoir réfringent beaucoup moindre, ces gouttes ressemblent à celles que donne la substance dite médullaire des tubes nerveux lorsqu'elle se réduit en gouttelettes dans l'eau. Elles se rencontrent également, mais en petite quantité, dans le liquide de la cataracte morgagnienne (voy. plus loin, 4°). Ces gouttes arrondies ou à contours sinueux, à lignes ou stries intérieures concentriques, sont molles, se déforment lorsqu'elles se compriment réciproquement ou rencontrent un obstacle. Il n'est pas rare, lorsqu'on les observe pendant un temps suffisant, de les voir changer de forme sous ses yeux à mesure que le liquide dans lequel elles flottent s'évapore, lors même qu'elles restent immobiles dans l'eau qui a servi à faire la préparation. Ces gouttes, qu'on trouve interposées aussi aux fibres décrites plus bas, contiennent peut-être des principes graisseux que renferme normalement le cristallin, séparés des autres principes pendant la durée des phénomènes morbides; cependant, ils ne se dissolvent pas dans l'éther.

Digitized by Google

b. La couche demi-molle et opaque du cristallin contient surtout des grains solides à contours pâles, mais bien limités, légèrement ombrés, de forme très variable, arrondis ou sinueux, dont le volume s'étend depuis 1 jusqu'à 8 ou 10 centièmes de millimètre. La plupart de ces corps sont entièrement homogènes, à surface quelquefois chargée de saillies mousses ou arrondies. Quelques-uns d'entre eux sont très finement granuleux dans toute leur étendue, à granulations grisâtres, de volume uniforme, très petites; ce fait les rend plus opaques que les précédents. Ce sont des corps de ce genre-là, mais plus petits, que l'on rencontre en certaine proportion dans le fluide de la cataracte liquide (4°).

c. Un fait important à signaler est le suivant : dans les cataractes demi-molles, et quelquefois dans celles qui sont molles, ces corps arrondis, ovoïdes ou à contours sinueux, soit tout à fait homogènes, réfractant très faiblement la lumière, ne font qu'accompagner des couches d'une substance également homogène d'un faible pouvoir réfringent. Cette substance englobe dans son épaisseur les corps arrondis précédents; il est impossible jusqu'à présent de se rendre exactement compte de son origine; car en supposant qu'elle provienne des fibres ou des tubes du cristallin devenus cohérents et entièrement soudés ensemble de manière à former cette masse homogène, il restera encore à voir comment se produisent les corps arrondis (2°) qu'elle englobe.

Quoi qu'il en soit, elle se présente avec les caractères suivants : on la voit sous le microscope sous forme de fragments qui remplissent quelquefois le champ du microscope. Cette substance est homogène, incolore, transparente, pâle, réfracte faiblement la lumière. Elle offre à peu près la consistance de la cire, les bords des fragments sont généralement brisés d'une manière inégale, soit anguleux, soit sinueux, avec des saillies extérieures et des angles rentrants ou des incisures arrondies. La surface en est tantôt lisse, chargée seulement d'espace en espace de saillies anguleuses, analogues à celles qui se voient sur les bords brisés; tantôt elle est un peu rugueuse. Ce qu'il importe surtout maintenant de mettre en relief, c'est que sur beaucoup des fragments de cette substance, on trouve les corpuscules décrits ci-dessus (2°) plongés et englobés dans son épaisseur. Ils sont exactement embrassés par elle, de telle sorte que la circonférence de ce corps et la face interne des cavités qui les renferment se confondent. Mais comme dans la préparation l'on

Digitized by Google

brise les fragments de cette substance, beaucoup des corps se trouvent mis en liberté lorsque la brisure les rencontre. On voit alors sur les bords et la surface des fragments les cavités ouvertes, rompues par le milieu ou à peu près, mais vides et reproduisant exactement la forme des corps mis en liberté. Quelquefois des corps arrondis mis à nu sont encore à moitié retenus dans leur cavité. Tantôt ils sont assez nombreux dans cette substance homogène pour être presque contigus ou ne laisser entre eux qu'un intervalle à peu près égal à leur diamètre ; tantôt ils sont rares et éloignés de plusieurs fois ce diamètre. De là résulte un aspect extérieur très différent d'un fragment à l'autre de cette substance, malgré l'identité de nature au fond.

Cet aspect est surtout singulier lorsque les fragments étant minces, les corps arrondis se sont échappés et que leur cavité se montre sous forme d'orifices arrondis, à bords pâles et réguliers, traversant de part en part le fragment observé et lui donnant un aspect aréolaire qui tranche à côté des excavations des parties épaisses. On peut, du reste, par la moindre pression des lames de verre obtenir à volonté ces déformations. C'est dans les cataractes demi-molles ou molles qu'on les trouve le plus abondamment.

d. Dans la substance molle ou demi-molle des cataractes, on rencontre en outre des *globules granuleux, grisâtres, de nature spéciale*, c'est-à-dire que je n'ai trouvé nulle part ailleurs que dans les cataractes. Ils sont assez pâles, finement granuleux, sphériques, ovoïdes ou un peu irréguliers. Tantôt ces globules sont très abondants, d'autres fois ils sont rares. Leur volume varie de 1 à 4 centièmes de millimètre : Quelquefois, mais très rarement, leur partie centrale est très légèrement teintée en jaunâtre ; quelques-uns, mais en très petit nombre, offrent au centre un ou deux corpuscules plus volumineux que les autres granulations. Ce corpuscule intérieur présente alors l'aspect d'un noyau, sans pourtant qu'on puisse en préciser la nature d'une manière absolue, car ce n'est peut-être qu'une granulation plus volumineuse que les autres (1).

(1) Ce sont les produits morbides globuleux décrits ci-dessus (2° et 4°) que M. Testelin décrit et figure à tort sous le nom de *corpuscules de Morgagni altérés*. Ils n'ont aucun rapport de forme, de consistance, ni du volume avec les cellules propres de la couche gommeuse du cristallin ou de Morgagni, ni même avec les gouttes sarcodiques, molles, liquides, exsudées des éléments du cristallin (Testelin, *loc. cit.*, 1856, p. 56 à 58, fig. 38, 39 et 40). Mais ses figures des altérations des fibres dentelées du cristallin sont très exactes, surtout comme aspect d'ensemble.

Digitized by Google

La plupart de ces globules ont des granulations extrêmement fines, généralement nombreuses et contiguës, d'autres fois écartées. Dans d'autres circonstances enfin, ces granulations sont un peu plus volumineuses.

Ces globules granuleux, dont l'origine et la nature sont inconnues, sont peut-être de même espèce que ceux qui ont été décrits plus haut (2°); pourtant leurs granulations sont moins fines, de volume moins uniforme et occupent davantage toute la masse de l'élément, jusqu'à sa surface, que chez les précédents, sur lesquels la périphérie de leur substance est habituellement libre de granulations, au moins dans une certaine épaisseur. En outre, ils ne se rencontrent pas comme les autres, englobés par les masses ou couches de substance amorphe qui viennent d'être décrites. D'après une certaine analogie d'aspect extérieur, on pourrait être porté à considérer ces éléments comme des leucocytes, granuleux ou non, malgré des différences notables dans le volume des plus gros, qui sont communs; mais il suffira de dire que leurs réactions au contact de l'acide acétique ne sont pas les mêmes.

3° *État des tubes de la couche superficielle du cristallin.*

Les tubes du cristallin offrent différentes sortes d'altérations dans la cataracte (1).

a. Je décrirai, en premier lieu, celle dans laquelle les tubes un peu plus granuleux qu'à l'état normal se présentent sous forme de bandelettes minces, aplaties, qui réfractent la lumière avec une légère teinte jaunâtre, au lieu d'avoir l'extrême pâleur et la transparence qu'ils ont à l'état normal. Cette altération se rencontre quelquefois dans les cataractes demi-molles, plus souvent dans les cataractes dures ou demi-dures. Les tubes ont conservé leur largeur ordinaire et la régularité de leurs bords, mais ils ont perdu *complétement leurs noyaux.* En même temps, ces tubes sont devenus quelquefois légèrement jaunâtres sous le microscope : leurs bords sont un peu plus foncés qu'à l'état normal. Ils sont tous minces, aplatis ; ils restent encore très flexibles, mais pourtant moins mous qu'à l'état sain. Il est très commun, soit lorsqu'ils sont isolés, soit lorsqu'ils sont en faisceaux, de les trouver tordus sur eux-mêmes, et alors ils paraissent élargis dans une partie de leur éten-

(1) On trouvera les figures et une description succincte des éléments morbides dont il est question dans ce travail dans Sichel, *Iconographie ophthalmologique*, Paris, 1855, in-folio, 13e livraison, pag. 331 à 344, planches LXII et LXIII; voyez aussi pages 338 et 339.

Digitized by Google

due, s'ils se montrent de face à l'œil de l'observateur, et étroits dans le reste de leur longueur, parce qu'ils présentent leurs bords à celui qui les examine. Quelquefois un faisceau tout entier est disposé de façon que dans toute sa longueur on ne voit que le bord des fibres; il en résulte alors pour celles-ci un aspect strié, plus ou moins irrégulièrement onduleux, tout particulier, qui est un peu celui des faisceaux de fibres du tissu lamineux. Ces tubes ou bandelettes aplatis, lorsqu'ils sont isolés, se recourbent quelquefois sur eux-mêmes et se montrent à l'observateur successivement par leurs faces et par leur tranche. Leur extrémité brisée paraît souvent terminée en pointe, plus ou moins effilée, lorsqu'on voit le tube ou bandelette par son bord au lieu de le voir de face. Les tubes ainsi altérés sont devenus généralement cohérents et plus difficiles à isoler les uns des autres qu'à l'état normal. Les éléments de ces faisceaux sont souvent mêlés des gouttes claires et de celles à contours sinueux légèrement rosés ou jaunâtres décrites plus haut; gouttes qui sont tantôt isolées, tantôt accumulées les unes contre les autres.

Le séjour dans l'eau gonfle et ramollit la couche devenue opaque, et rend plus facile l'isolement de ces tubes altérés et aplatis, leur examen de face et de côté. Mais ce séjour dans l'eau altère les gouttes, les résout en une substance demi-liquide, finement et uniformément granuleuse. L'eau rend aussi plus abondante l'exsudation des gouttes d'aspect graisseux emboîtées les unes dans les autres et à contour sinueux.

b. Les tubes du cristallin, offrent une altération d'un autre genre, prononcée surtout à la surface de la portion molle et opaque, mais se rencontrant aussi dans le voisinage du noyau dur, ainsi que quelquefois dans les cataractes dures. On peut la considérer comme ordinaire dans les cataractes, surtout dans celles dont le tissu offre à sa surface une certaine mollesse et un aspect pultacé. Ces fibres ont perdu la régularité de leur disposition normale : elles sont devenues cassantes onduleuses, plus étroites qu'à l'ordinaire, disposées en faisceaux cohérents; elles sont difficilement isolables les unes des autres. Par suite de ces ondulations un peu irrégulières, les faisceaux ainsi constitués offrent un aspect strié tout particulier, onduleux dans le sens longitudinal. Cette altération est importante à signaler en raison de sa fréquence et de la portion souvent considérable du cristallin qui en est

Digitized by Google

affectée. Lorsqu'on parvient à détacher des fibres ayant subi ce genre d'altération (opération qui ne réussit que lorsque la lésion n'est pas avancée), on peut constater qu'elles sont très légèrement granuleuses, encore aplaties et rubanées. Ces éléments sont tellement altérés qu'il serait très difficile de dire s'ils appartiennent aux fibres dentelées ou aux tubes à noyaux du cristallin, si leur situation à la surface même de la couche pultacée ne les faisait reconnaître comme dépendant de ces derniers.

Ces faisceaux ainsi altérés devenus irrégulièrement striés offrent quelque chose de l'aspect extérieur de la fibrine coagulée depuis un certain temps, mais ils sont plus transparents et ne sont pas attaqués comme elle par l'acide acétique ; en outre, l'isolement possible de certaines des fibres qui forment ces faisceaux rend facile la distinction entre ces éléments et ce principe immédiat.

4° *État de la cholestérine dans les cataractes corticales.*

On trouve de la cholestérine, en cristaux lamelleux isolés ou accumulés, dans presque tous les cristallins cataractés enlevés par extraction. Ce sont ces lamelles qui en sortant de la capsule du cristallin et tombant dans le corps vitré ou dans la chambre antérieure de l'œil, constituent les paillettes micacées qui caractérisent le synchysis étincelant. Toutes les fois qu'on voit des cristaux de cholestérine dans le cristallin, et même, dans certains cas où ceux-ci manquent, on rencontre aussi les gouttes d'une substance demi-liquide visqueuse, ressemblant à celles du contenu des tubes nerveux (voy. plus haut : 1°). C'est toujours dans la couche demi-solide qu'on trouve ainsi une grande proportion de lamelles rhomboïdales, superposées les unes aux autres et formant autant de paillettes d'épaisseur variable, souvent visibles à l'œil nu et alors d'aspect micacé. Certains de ces cristaux existent quelquefois dans le liquide de la cataracte morgagnienne décrit plus loin, et il y en a aussi dans l'un et l'autre cas, mais non toujours, qui restent adhérents à la face interne de la capsule.

Parmi ces cristaux de cholestérine il en est qui sont remarquables par l'aspect contourné et arrondi de leurs lignes de brisure dans les cas où ils ont été rompus. Du reste, les caractères de ces lamelles sont trop connus pour qu'il soit nécessaire d'en dire plus.

A l'état normal, il entre de la cholestérine dans la composition im-

Digitized by Google

médiate de la substance même des éléments du cristallin, analysés en masse comme on l'a fait jusqu'à présent. On se rend facilement compte par conséquent de la formation de ces cristaux pendant la durée des phénomènes morbides moléculaires ou de rénovation nutritive qui amènent l'opacité de l'organe.

5° Quelquefois on rencontre entre les fibres une certaine quantité de granulations jaunâtres à contour plus foncé que ne sont habituellement les corps gras. Ces granulations peuvent être accompagnées, bien que le fait soit très rare, de cristaux prismatiques, longs de 1 centième de millimètre environ, ou un peu plus, et de moitié moins larges que longs. Leurs bords sont très nets, leur coloration est généralement jaunâtre comme celle des granules à centre jaune et contour foncé dont il vient d'être question tout à l'heure. Ces cristaux, traités par l'acide chlorhydrique, se dissolvent rapidement sans dégagement de gaz. Les granulations se dissolvent aussi de la même manière, mais elles laissent dégager une petite quantité d'acide carbonique. L'acide acétique concentré dissout les mêmes corps, mais moins rapidement que l'acide chlorhydrique. Ces réactions et la coloration de ces corps montrent qu'il s'agit là de phosphate de chaux très probablement, mêlé quelquefois en petite proportion aux éléments du cristallin opaque.

6° *État des fibres dentelées du noyau dur du cristallin.* —Les *fibres dentelées* formant le noyau du cristallin dur et de teinte jaunâtre n'ont pas subi des changements aussi notables que les tubes, lors même que cette partie est devenue plus dure et plus foncée qu'à l'état normal. Ces éléments offrent comme changement principal une consistance et une roideur plus grandes. Ils se rompent plus aisément aussi, et c'est là un des faits les plus importants de ces légères altérations; ces fibres sont devenues très finement granuleuses et en même temps moins transparentes. Au lieu de la pâleur, de la transparence et de la délicatesse extrême qu'elles offraient à l'état normal, leurs bords sont devenus plus foncés; elles ressemblent à des fragments de bois rugueux, roides, bien que flexibles encore. Ces fibres s'isolent plus facilement qu'à l'état normal, et l'on voit qu'elles sont prismatiques à quatre ou cinq pans, quelquefois six, mais toujours un peu aplaties; et la même fibre, suivant les accidents de la préparation, semble ainsi tantôt large, tantôt étroite, selon celle des faces qui se présente à l'œil de

Digitized by Google

l'observateur. Enfin les dentelures de ces fibres sont devenues bien plus nettement visibles qu'à l'état normal, leurs bords surtout sont bien plus foncés. Les dentelures n'existent ordinairement que sur les deux faces étroites ou bords de la fibre, mais quelquefois il y en a sur toute sa surface; il faut alors les distinguer de l'état finement granuleux signalé ci-dessus, ce que le plus grand volume des dentelures vues par le bout ou de face permet de faire facilement.

7° *Des cataractes corticales secondaires ou consécutives à l'extraction ou à l'abaissement.*

En comparant la description donnée plus haut des cataractes à opacité uniforme observées sur le cadavre, à celle de la même lésion étudiée sur un cristallin obtenu par extraction sur le vivant, on a pu remarquer entre elles les différences suivantes : 1° sur le cadavre il était possible de rencontrer l'épithélium à la face interne de la capsule et les *cellules du cristallin sous-jacentes;* 2° dans le cristallin extrait sur le vivant on ne trouve pas ces diverses cellules, et en examinant sa surface, c'est immédiatement sur la couche même des tubes que l'on tombe; ils ont seulement perdu leurs noyaux, etc.

Cette différence et ces particularités tiennent à ce que pendant l'abaissement ou l'extraction du cristallin la couche superficielle corticale molle se déchire en deux parties : *a.* l'une qui reste adhérente au noyau du cristallin qui l'entraîne avec lui, c'est celle dont il a été question plus haut; *b.* une autre qui reste adhérente à la face interne de la capsule. Cette dernière couche est plus épaisse contre la face interne de la cristalloïde antérieure que contre la face interne de la cristalloïde postérieure. Sur la première elle se compose des cellules de l'*épithélium*, des *cellules du cristallin*, et d'une portion variable en épaisseur de la couche des tubes. Sur la seconde on trouve seulement ces tubes avec ou sans *globuli lentis*. Quelquefois c'est une portion du cristallin, surtout de sa partie inférieure, pouvant aller jusqu'au cinquième du volume de l'organe, qui se brise et reste dans la capsule. C'est toujours à sa partie inférieure que je l'ai vue. On trouve cependant sur les éléments de cette couche les altérations décrites plus haut (page 241) en parlant des cataractes prises sur le cadavre. Mais cette couche est assez mince pour qu'au moment de l'opération elle soit à peine visible pour l'opérateur, ou ne paraisse que comme un mince nuage grisâtre;

Digitized by Google

elle est assez diaphane pour permettre au malade de voir les objets extérieurs. Pourtant il arrive que son opacité, devenant de plus en plus grande, elle mette de nouveau obstacle au passage de la lumière, et devienne visible pour le chirurgien. Elle constitue alors une membrane molle, mince, d'un blanc grisâtre, composée des éléments les plus superficiels du cristallin devenus opaques (voy. p. 241-243); on y voit de plus l'altération des tubes décrite en parlant des cataractes obtenues par extraction (5°, *a*, p. 246). Mais, en outre, il s'y trouve beaucoup plus de gouttes graisseuses et de granulations moléculaires que dans les cataractes ordinaires. Quand les cellules du cristallin n'ont pas disparu, elles sont plus granuleuses encore que dans les cataractes enlevées sur les cadavres.

On y rencontre surtout des cristaux de cholestérine plus nombreux que dans les autres cataractes, donnant quelquefois un aspect *micacé* à la couche opaque. Dans quelques circonstances même les amas de cristaux tombent dans les humeurs de l'œil et donnent lieu au *synchysis étincelant*.

Quelquefois enfin, mais rarement, on y voit des granulations de phosphate de chaux (7°, p. 249) en quantité notable.

Deuxième espèce. — Cataracte liquide, morgagnienne ou laiteuse.

Remarques sur ce qu'on entend par humeur de Morgagni. — Il importe, pour se rendre compte de la nature de cette altération du cristallin, de se rappeler d'une manière exacte la structure de la couche superficielle molle du cristallin, dite humeur de Morgagni. Pendant la vie elle est formée : 1° par la juxtaposition régulière des grandes cellules du cristallin, transparentes, homogènes, diaphanes, pourvues pour la plupart d'un noyau généralement ovoïde, granuleux avec quelquefois un ou deux nucléoles; 2° elle est formée surtout par les tubes à noyaux du cristallin sous-jacents aux cellules.

Les grandes cellules pâles, sans granulations, qu'on trouve à la surface de la lentille, immédiatement au-dessous de l'épithélium de sa capsule, sont ovoïdes ou sphériques, ou bien polyédriques par pression réciproque. Il en est quelques-unes qui manquent normalement de noyau, et dans toutes le noyau se forme après la cellule. Il commence,

Digitized by Google

chez les fœtus, à apparaître comme un amas de fines granulations ; cet amas est généralement ovoïde, quelquefois sphérique, à contours mal limités ou irréguliers, avec des espèces de ramifications produites par des traînées fort délicates de fines granulations. Plus, chez le fœtus, les cellules qu'on examine sont voisines du corps même du cristallin, plus les cellules offrent cet amas bien limité, et enfin on trouve des noyaux à contour net, soit ovales, soit sphériques; en même temps que leur contour devient net, on commence à apercevoir vers leur milieu un nucléole large d'un millième de millimètre. Plus on approche du centre formé de fibres dentelées (mais à dentelures à peine marquées à cette époque), plus les cellules sont comprimées les unes contre les autres, allongées et étroites. On arrive enfin à voir des tubes formés dans une certaine longueur de plusieurs cellules très allongées, juxtaposées, et adhérentes par leurs extrémités étroites (mais avant la naissance seulement ou peu après); dans le reste de leur étendue, elles n'offrent plus trace de soudure, elles constituent un tube continu, sans interruption, à bords parallèles et encore dépourvu de granulations. Ces éléments, dont j'avais indiqué comme probable la nature tubuleuse (*Tableaux d'anatomie,* Paris, 1850, in-4°, huitième tableau, n° 11), renferment quelquefois dans leur intérieur des gouttes incolores ou un peu rosées, surtout quand la préparation est faite depuis un certain temps : gouttes semblables à celles qui exsudent de ces éléments lorsqu'ils commencent à s'altérer.

Nous avons vu précédemment que les cellules d'épithélium de la capsule, bien que devenues parfois hyalines et transparentes accidentellement ou par suite de modifications séniles, comme sont transparentes normalement les cellules génératrices des tubes à noyaux du cristallin, s'en distinguent pourtant par un volume moindre, un noyau plus petit, généralement moins granuleux; en outre elles siégent entre les cellules épithéliales saines, encore polyédriques, finement granuleuses, et enfin on les trouve d'autant plus souvent ou plus abondamment, que le sujet est plus âgé, ce qui est l'inverse pour les cellules (*globuli lentis*) du cristallin (voy. p. 229).

Ainsi ce n'est donc pas une *humeur*, un liquide qui est interposé à la capsule et à la portion dure ou noyau du cristallin formé par les fibres ou bandelettes dentelées. On a eu raison ainsi de nier l'existence

Digitized by Google

de l'*humeur de Morgagni* pendant la vie et dans l'appareil cristallinien des animaux récemment tués. Ce fluide n'existe même pas encore sur les cadavres au moment où l'on en fait l'autopsie ou lorsqu'ils sont distribués pour les dissections. Mais un certain temps après la mort, à l'autopsie des cadavres humains, on trouve réellement un liquide à la face interne de la capsule, surtout au-dessous de la cristalloïde antérieure. On dit généralement que ce liquide est formé par de l'humeur aqueuse et du liquide de l'humeur vitrée qui, par endosmose, ont pénétré au travers de la cristalloïde et se sont mêlés aux cellules du cristallin. Mais cette pénétration est admise comme hypothèse appuyée sur la différence de densité existant entre l'humeur aqueuse, le corps vitré et le cristallin. Pourtant on ne trouve pas la capsule distendue après la mort, comme cette endosmose, si elle avait lieu, fait supposer qu'on devrait la trouver. Elle est même moins tendue que sur l'animal récemment tué. Ce qu'il y a de bien plus certain, c'est que les grandes cellules du cristallin disparaissent quelques jours après la mort, se réduisent en un liquide tenant en suspension des gouttes claires, limpides, quelquefois de teinte un peu rosée et de volumes très divers. Elles disparaissent d'autant plus que la mort date de plus longtemps.

On peut constater aussi que sur les préparations des cellules du cristallin normales faites depuis quelques heures, ces cellules se résolvent sous les yeux de l'observateur en gouttes claires comme les précédentes, susceptibles de prendre des formes et un volume très variés. On les voit ainsi se détruire peu à peu, puis à leur place et au bord des cellules qui restent encore, il se forme des amas de ces gouttes, soit plus grandes, soit plus petites que les cellules mêmes. Des gouttes semblables, plus petites cependant, exsudent de la substance des tubes du cristallin, et d'autant plus que leur altération après la mort est plus avancée. Des gouttes analogues, mais avec une autre composition, exsudent, comme on sait, de beaucoup d'espèces d'éléments anatomiques, lorsqu'elles offrent une constitution aussi délicate que les éléments du cristallin. On voit ces gouttes exsuder lorsqu'on conserve longtemps sous le microscope une préparation des divers éléments du cristallin, et leur nombre se multiplie assez vite sous les yeux de l'observateur. Or, lorsqu'on reçoit sur une lame de verre cette humeur de Morgagni produite après la mort et qu'on la porte sous le microscope,

Digitized by Google

on y trouve ces gouttelettes en suspension dans un fluide incolore à peine granuleux; seulement elles sont généralement plus petites que celles qui se forment sous les yeux de l'observateur.

Ce fait a une certaine importance à côté de ce que va nous montrer l'examen de la constitution du liquide qui compose les cataractes laiteuses ou morgagniennes.

Éléments anatomo-pathologiques de la cataracte morgagnienne. — Lorsque par extraction ou après la mort on enlève un cristallin atteint de cette lésion, et sans rompre la cristalloïde, cette dernière contient un liquide opalin demi-transparent ou d'un blanc laiteux plus ou moins opaque, qui permet de déprimer et de plisser un peu la capsule; en déprimant celle-ci, on peut apercevoir ou sentir la portion dure du cristallin mobile et flottante dans ce liquide. Tantôt ce noyau dur a la consistance ordinaire, quelquefois il est devenu un peu plus dur, ou au contraire est un peu ramolli. Généralement il est jaunâtre, de teinte cornée, moins transparent qu'à l'ordinaire et rarement blanchâtre, opaque ou à peu près. Il était d'aspect corné, sur une pièce de ce genre que m'a remise M. Sichel.

Quant au liquide caractérisant cette variété de cataracte, il offre la composition suivante :

1° Il se compose d'un fluide tenant en suspension un nombre considérable de fines granulations grisâtres, d'un diamètre à peine commensurable et douées d'un mouvement brownien plus ou moins vif.

2° Ce liquide tient, en outre, en suspension beaucoup de petites gouttes ou granulations pâles, à contour net, réfractant peu la lumière et larges de 1 à 5 millièmes de millimètre. Leur faible pouvoir réfringent, leur solubilité dans l'ammoniaque, comme celle dont il est question ci-dessous, portent à croire que les unes et les autres sont de même espèce et ne diffèrent que par leur volume. Ces gouttelettes sont souvent si abondantes, qu'elles se touchent par places dans le champ du microscope.

3° On y remarque, en outre, une proportion considérable de gouttes nettement sphériques, d'une homogénéité parfaite, à bords extrêmement pâles et très réguliers, réfractant faiblement la lumière et offrant une légère teinte rosée, quelquefois à peine prononcée.

4° Toutes les fois que la surface du cristallin, flottant dans le liquide,

Digitized by Google

est elle-même ramollie, presque diffluente et plus ou moins opaque ; on trouve, en outre, dans cette tumeur : *a.* soit des gouttes plus foncées, à contours sinueux, à stries concentriques ; *b.* soit des corpuscules solides homogènes ; *c.* soit des corps granuleux spéciaux. Ce sont là autant de productions morbides, manquant à l'état normal. Leur description a été donnée plus haut (p. 243 à 245). Ces divers corpuscules, en suspension dans le liquide, se déposent quelquefois vers la partie la plus déclive de la capsule, et y forment un magma plus opaque, plus laiteux ou plus blanchâtre que le reste du fluide.

5° Quelquefois, mais rarement, on trouve des cristaux de cholestérine en suspension dans le liquide de la cataracte morgagnienne.

Causes de l'opacité de la cataracte morgagnienne. — De ces données anatomiques on ne peut rien tirer de positif sur la cause de cette altération de la couche superficielle du cristallin ; mais la production de gouttes semblables aux précédentes, bien que généralement plus grosses et plus nombreuses, aux dépens des cellules et des tubes du cristallin qui s'altèrent sous le microscope (p. 253), nous rend compte de la manière dont a lieu la destruction de ces éléments. L'anatomie pathologique fait connaître, au moins d'une manière exacte, quelle est la partie du cristallin qui est le siége de cette altération, et qu'elle consiste en une liquéfaction et réduction en gouttelettes de la substance des cellules et des tubes à noyaux de la couche molle superficielle de l'organe.

C'est le passage des éléments normaux de cette couche molle superficielle du cristallin à l'état de liquide tenant en suspension et en émulsion les corpuscules et les gouttelettes précédentes, qui fait que d'une homogénéité et d'une transparence parfaite, elle est amenée à ne plus se laisser traverser par la lumière qu'imparfaitement. Elle la réfléchit, au contraire, avec une couleur blanchâtre, comme le fait tout liquide tenant en suspension des corpuscules solides ou des gouttes d'un liquide hétérogène par rapport à lui.

Un fait qu'il importe de mettre en relief, c'est que l'état liquide de la couche superficielle du cristallin accompagne assez souvent la cataracte capsulaire crayeuse ou crétacée avec ou sans plissement et froncement de la capsule (1) ; ou au moins cette lésion s'accompagne d'un

(1) Dans un cas de ce genre, j'ai trouvé récemment, entre les plis de la capsule, des traînées

Digitized by Google

état finement et uniformément granuleux de la surface irienne de la cristalloïde antérieure, et quelquefois de la surface hyaloïde de la cristalloïde postérieure. Ces fines granulations sont contiguës ou à peu près, et de même nature que celles décrites en parlant de la cataracte capsulaire (voy. p. 226 à 228).

Troisième espèce. — Cataractes dures.

Cette espèce diffère principalement de la cataracte corticale : 1° par une modification intime des éléments du cristallin, qui fait qu'ils deviennent plus fermes individuellement et plus cohérents, plus adhérents les uns aux autres qu'à l'état normal ; 2° par l'absence des gouttelettes liquides transparentes qui abondent entre les parties solides dans la cataracte molle.

Elle se compose de la surface vers la profondeur : 1° De la même couche blanchâtre signalée plus haut, seulement elle est moins opaque que dans la cataracte molle ou demi-molle ; elle est même quelquefois ferme et friable au lieu d'être pulpeuse ou pultacée.

2° Au-dessous se trouve le noyau central de teinte jaunâtre, cornée, mais plus dur qu'à l'état normal et que dans les cataractes demi-molles ; il se continue d'une manière plus intime avec la partie superficielle que dans celles-ci. Sa structure est la même que celle du noyau des autres cataractes (voy. p. 249). Quant à la couche superficielle, elle

de *Sarcine*. Déjà, en 1854, j'en avais observé sur un cristallin cataracté entouré de sa capsule, que M. Sichel venait d'extraire. Ce cristallin s'était déplacé et était tombé dans la chambre antérieure de l'œil, d'où il fut extrait. La capsule était opaque et sa moitié postérieure presque autant que l'autre (voy. p. 227, et Sichel, *Iconographie ophthalmologique*, Paris, 1859, p. 333, et pl. LXII et LXIII). La lentille était réduite à un noyau dur, moitié plus petit qu'à l'état normal. La capsule était revenue sur elle-même et plissée. Toute la surface (mais particulièrement la profondeur des plis de la cristalloïde antérieure) était chargée d'une grande quantité de petites plaques, visibles seulement à l'aide du microscope, et formées entièrement de *Sarcine* (*Sarcina ventriculi*, Goodsir ; *Merismopœdia ventriculi*, Ch. Robin, *Histoire natur. des végét. parasites de l'homme et des animaux*, Paris, 1853, in-8, p. 331, et Atlas, pl. XII, fig. 1). Cette algue offrait la même structure que dans toutes les parties du corps, où elle a été rencontrée jusqu'à présent. Elle était composée soit de cellules cubiques quaternées, libres et isolées, soit de cellules semblables, réunies 4 à 4, ou par 12, 16 et même au delà, de manière à former des masses cubiques ou prismatiques très régulières. Chaque noyau des cellules était également cubique, à angles un peu mousse, de teinte verdâtre ou de rouille. (Ch. Robin, *Note sur la présence de la Sarcine dans l'œil*, *Comptes rendus et mém. de la Société de biologie*, Paris, 1854, in-8, p. 84.)

Digitized by Google

renferme spécialement les tubes de la portion molle du cristallin, ayant perdu leurs noyaux, offrant les lésions décrites précédemment (5°, *a*, page 246, et *b*, page 247). Seulement ces fibres sont généralement un peu plus granuleuses; elles sont, en outre, devenues cohérentes, elles forment des masses qu'il est très difficile de subdiviser en fibres isolées; elles ont un aspect homogène, avec des stries, qui sont toutefois pâles et parallèles, indiquant les lignes de juxtaposition et d'adhérence des tubes réduits en bandelettes minces.

Entre ces éléments ou entre les faisceaux qu'ils constituent se trouvent des gouttes d'aspect huileux à contours sinueux (1°, p. 243), mais souvent plus abondantes encore que dans les cataractes molles. On y voit peu de gouttes claires et limpides, si abondantes quelquefois dans la cataracte morgagnienne. Les autres éléments solides des cataractes demi-molles (2° et 3°, page 244) s'y trouvent aussi plus ou moins abondamment.

Cataracte noire. — Dans la variété noire des cataractes dures, on constate quelques particularités anatomiques qui méritent une mention spéciale (1).

Lorsque le cristallin est extrait, il n'est pas noir, à proprement parler, mais d'un brun corné, conservant encore un peu de transparence. Aussi observe-t-on que nulle matière colorante spéciale, comme le pigment choroïdien, n'entre dans la composition du tissu lésé. Toutes les modifications portent, comme dans les altérations précédentes, sur les éléments propres au cristallin, modifiés par suite de troubles survenus dans les phénomènes intimes de leur rénovation nutritive.

Dans ces cataractes, le cristallin n'a pas partout la même teinte; d'un brun foncé, noirâtre ou acajou au centre, il peut être d'un brun plus clair, passant au jaune d'ambre foncé vers la périphérie. Cette portion offre parfois aussi une couleur grisâtre ou blanchâtre et une moindre consistance que le noyau, qui est généralement très dur. Parfois il paraît d'un vert foncé plutôt que noir, tant qu'il est encore sur le vivant.

La couche superficielle jaunâtre ou grisâtre de ces cataractes, qui en-

(1) Voyez aussi Ch. Robin et Sichel, *Note sur la cataracte noire* (*Comptes rendus et Mém. de la Soc. de biologie*, Paris, 1857, in-8, p. 93).

Digitized by Google

toure le noyau dur central, offre les altérations propres à la cataracte molle.

Le noyau dur et noir est entièrement composé par les fibres prismatiques dentelées, juxtaposées d'une manière immédiate comme à l'état normal, sans trace d'aucun élément anatomique entre elles, ni de granulations quelconques pigmentaires ou autres. Ceux-ci, du reste, ont conservé complétement leur volume et leur forme habituels. Les dentelures ou saillies en dent de scie, ou mieux d'apparence grenue, qui les surchargent, sont parfaitement intactes et faciles à observer, ainsi que la forme prismatique un peu aplatie à quatre ou cinq faces de ces éléments. L'altération qui donne au noyau du cristallin sa coloration foncée commence au niveau même du point où a lieu le passage de la couche des tubes à noyaux à celles des fibres dentelées.

Il est manifeste que ces derniers sont devenus plus fermes, plus durs, plus cassants, et pourtant plus faciles à isoler qu'à l'état normal ; ils offrent, à cet égard, les caractères qui leur sont propres dans les cataractes dures ordinaires. Mais ce qu'ils ont de spécial dans le cas dont il s'agit ici, c'est que chaque fibre ou prisme dentelé a une coloration notablement plus foncée que celle des fibres d'une cataracte dure et jaunâtre ordinaire, examinées comparativement. Les bords de chaque fibre sont noirâtres, et la partie centrale brunâtre avec une teinte toute particulière. Du reste, ces éléments ne sont ni plus ni moins granuleux que dans les autres variétés de cataractes dures. La teinte brune propre à chaque prisme dentelé vu isolément devient surtout très manifeste sous le microscope, dans les fragments de faisceaux formés par la réunion de plusieurs fibres encore juxtaposées, comme elles le sont habituellement.

L'altération qui cause cette coloration noire ou d'un brun corné du cristallin est donc extrêmement simple ; elle n'est, en aucune manière, due à la production de particules microscopiques nouvelles, comparables au pigment ou autres éléments colorés. Elle consiste uniquement en un changement dans la constitution moléculaire des fibres et des tubes, qui fait que leur transparence devient notablement moindre, changement qui est la suite de troubles survenus dans les phénomènes intimes de la nutrition de ces éléments.

Si les auteurs qui ont cru voir du pigment dans les cataractes noires n'ont pas considéré comme appartenant au cristallin celui qui a pu être

Digitized by Google

détaché de l'iris et entraîné par la lentille, pendant son extraction, il est difficile de savoir ce qu'ils ont appelé pigment de la cataracte noire. Il n'y a, en effet, pas trace de pigment dans cette espèce de cataracte, ni même de granulations d'autre nature entre les fibres dentelées brunâtres juxtaposées.

Il serait possible que les granules qui ont été nommés quelquefois granulations pigmentaires, en faisant l'anatomie pathologique du cristallin, ne fussent que des granulations graisseuses à contour foncé, à centre jaunâtre réfractant fortement la lumière. Quelques auteurs appliquent, en effet, le nom de *pigmentaire* à tous les corpuscules qui, agglomérés, peuvent colorer un tissu de l'économie, au lieu de réserver ce mot, ainsi qu'on le fait habituellement, pour désigner le pigment choroïdien et cutané. C'est dans le sens précédent qu'on a pu trouver des corps colorés et colorants dans les cataractes; mais alors ce n'étaient que des corps gras ou des grains de phosphate et de carbonate de chaux. Or, ceux-ci manquent ou sont rares dans la cataracte noire, et quand ils sont nombreux quelque part, ils donnent une couleur blanche ou jaunâtre aux parties qu'ils occupent.

On trouve quelquefois, mais rarement, de petites parcelles noirâtres à la surface des cataractes de toutes sortes obtenues par extraction. Le microscope y fait reconnaître des granulations pigmentaires de l'iris ou des procès ciliaires; mais il est facile de reconnaître, par leur situation à la surface même de l'organe enlevé et par leurs caractères propres, qu'elles viennent des organes normaux de l'œil, et ne sont pas un produit morbide du cristallin.

Quatrième espèce. — Cataracte pierreuse ou crétacée.

Dans cette espèce de cataracte, le cristallin est d'un blanc grisâtre ou d'un blanc crayeux. Il est tantôt dur, compacte, surtout à la surface, et friable, comme grenu dans sa profondeur; tantôt il est friable dans toute son épaisseur. Il peut quelquefois n'offrir l'état pierreux qu'à la surface, le noyau restant peu altéré.

La lésion consiste essentiellement en un dépôt calcaire, principalement composé de carbonate de chaux, accompagné d'une petite proportion de phosphate de la même base. Ces sels incrustent molécule à

Digitized by Google

molécule les éléments du cristallin, sans empêcher de reconnaître ces derniers, après avoir dissous les sels par les acides affaiblis.

Le cristallin, qui conserve souvent sa configuration normale, présente de dehors en dedans une couche extérieure épaisse de 1 millimètre environ, formant une coque qui a la consistance et la friabilité d'une coquille d'œuf. Sa portion centrale est parfois composée d'une matière crétacée ayant la consistance du plâtre mouillé. L'une et l'autre de ces parties du cristallin, encore que de consistance différente, offrent alors la même composition anatomique. Elles sont entièrement composées : 1° d'une grande quantité de granulations d'un jaune blanchâtre, larges de 1 à 5 millièmes de millimètre, arrondies, ovoïdes ou régulièrement polyédriques, à contour foncé, à centre assez brillant. L'acide chlorhydrique montre que ces granulations se dissolvent à la manière du carbonate de chaux, en dégageant une grande quantité d'acide carbonique, et qu'elles laissent après elles une légère trame amorphe, formée de substance azotée. 2° A côté des granulations précédentes, les éléments qu'on trouve le plus abondamment dans ce tissu, sont des corpuscules sphériques, larges de 1 à 3 centièmes de millimètre, soit isolés, soit réunis ensemble, au nombre de trois à quatre. Ces corpuscules sphériques sont granuleux, foncés, peu transparents, et sont entièrement formés par accumulation des mêmes granulations calcaires décrites plus haut. L'acide chlorhydrique, après avoir dissous ces granulations, laisse une trame azotée, finement granuleuse, transparente, qui reproduit exactement la figure des corpuscules mêmes, et avec plus d'élégance et de délicatesse. Autour de ces globules transparents, que met à découvert l'acide chlorhydrique, il reste presque toujours une légère couche de fines granulations moléculaires grisâtres.

Il est probable que ces corpuscules arrondis ne sont autres que ceux qui ont été décrits précédemment en traitant des *cataractes molles* (2e, p. 243); corpuscules incrustés (peut-être simplement recouverts et entourés) de granulations calcaires comme les tubes et les fibres mêmes. C'est du moins ce que portent à croire leur forme, leur volume, leur transparence, après l'action de l'acide chlorhydrique, et leur situation dans les couches du cristallin cataracté où l'on trouve les précédents.

La plus grande partie du tissu crétacé, et particulièrement la coque

Digitized by Google

extérieure, est constituée par des lambeaux ou fragments d'une étendue assez considérable, aplatis, lamelleux, opaques, par suite de la grande quantité de granulations, semblables aux précédentes et de même composition, qu'ils contiennent. Ces fragments lamelleux, dont il est d'abord impossible de déterminer la nature, peuvent, par suite de l'action de l'acide chlorhydrique, être reconnus comme ayant pour trame les fibres du cristallin. On voit, en effet, à mesure que l'acide chlorhydrique dissout les granulations, les fibres dentelées de la lentille devenir peu à peu très nettement reconnaissables, et elles apparaissent alors les unes à côté des autres avec une grande régularité et aussi transparentes qu'à l'état normal. Toutefois, on peut remarquer qu'elles sont un peu plus granuleuses, sans cependant l'être autant que dans le cas de cataracte lenticulaire ordinaire.

Chez les sujets dont la cornée est devenue opaque depuis longtemps, chez ceux qui sont atteints d'atrophie du globe de l'œil, de rhytidosis ancienne, on trouve presque toujours le cristallin devenu pierreux. Il est alors habituellement plus dur que dans les cas de cataractes crétacées proprement dites; la couche superficielle compacte est surtout plus épaisse, car il est à remarquer que dans cette altération du cristallin, c'est la périphérie de l'organe qui offre le plus de consistance; dans les autres espèces de cataracte, au contraire, la surface de la lentille reste molle, tandis que le centre durcit habituellement. Le centre de ces cristallins crayeux est le plus souvent friable, d'aspect spongieux; plus rarement il devient aussi compacte que la surface. Dans ces cas-là, le cristallin se laisse scier facilement comme un os; on est même obligé d'employer ce moyen pour en étudier le centre. Du reste, la structure du tissu calcaire est la même que celle qui a été indiquée ci-dessus, et n'a pas la moindre analogie avec celle du tissu osseux.

Il est commun de trouver dans ces cas-là le cristallin un peu déformé, présentant des espèces de dépressions digitales très petites à sa surface, ou une circonférence un peu sinueuse. Sur tous ces cristallins pierreux la capsule reste intacte, transparente comme à l'ordinaire, non surchargée de granules calcaires. Dans un cas pourtant la surface m'a présenté de fines granulations assez rapprochées les unes des autres, comme celles décrites précédemment (p. 227). Je n'ai trouvé aucune cellule à sa face interne.

Digitized by Google

§ IV. — État du cristallin dans les yeux atteints de mélanose de la cavité du globe de l'œil.

Dans les cas de tumeurs mélaniques de l'œil, lorsque la cornée ne s'est pas ouverte, et que, par suite, le cristallin n'a pas été expulsé, on le trouve, selon le point d'origine de la tumeur : 1° tantôt englobé complétement par la masse morbide et repoussé, soit en avant, soit sur le côté; 2° tantôt simplement appliqué avec l'iris contre la cornée. Derrière celle-ci on trouve encore la membrane de Descemet, transparente comme à l'ordinaire, mais presque toujours ayant perdu son épithélium. Il reste rarement un peu d'humeur aqueuse troublée par des globules du sang et des cellules pigmentaires devenues énormes, larges de 5 à 9 centièmes de millimètre, soit sphériques, soit ovoïdes.

Quant au cristallin même, tantôt il est opaque à sa surface, comme dans le cas des cataractes demi-molles; d'autres fois il est à peine moins transparent qu'à l'état normal. Je l'ai trouvé enfin devenu opaque dans toute son épaisseur, d'un blanc mat crayeux, comme dans les cataractes pierreuses, ou comme un cristallin cuit. Il offrait cette couleur d'une manière à peu près uniforme depuis sa surface sous-capsulaire jusqu'au centre. Dans toute cette étendue aussi sa consistance était celle du cristallin cuit, un peu plus dense à la surface qu'au centre; là il était sinon plus mou, au moins plus friable (1).

Cette couleur, cette opacité et cette consistance étaient dues à des grains de carbonate de chaux très nombreux, semblables à ceux qui ont été décrits précédemment dans les cataractes pierreuses observées après extraction.

Dans tous les cas de ce genre que je viens de signaler, la capsule était intacte, transparente comme à l'ordinaire, et sauf le dernier, dans lequel le cristallin était réellement atteint d'opacité *pierreuse*, l'épithélium de la capsule existait. Ses cellules étaient seulement un peu plus granuleuses qu'à l'ordinaire; quelques-unes avaient pris l'aspect vési-

(1) Voyez aussi Ch. Robin, *Note sur l'état du cristallin comprimé par les tumeurs mélaniques du globe de l'œil* (*Gazette des hôpitaux*, Paris, 1856, in-fol., p. 19), et *Note sur un cristallin pierreux, suivie de remarques sur les affections des milieux non vasculaires de l'œil*, en commun avec M. Desmarres (*Gazette médicale de Paris*, mai 1855, et *Comptes rendus et Mém. de la Soc. de biologie*, Paris, 1855, in-8, p. 32).

Digitized by Google

culiforme noté précédemment (p. 252). Je n'ai jamais retrouvé les *cellules du cristallin*. Tous les tubes de la couche superficielle, dans les cas où le cristallin n'était pas pierreux, étaient bien reconnaissables, mais avaient perdu leurs noyaux et pris la disposition décrite plus haut en traitant de la cataracte corticale demi-molle (5°, *a*, p. 246).

Enfin, il est à noter que dans les derniers cas dont il vient d'être fait mention, ceux dans lesquels le cristallin, au sein des tumeurs mélaniques, était atteint de cataracte corticale ou à peine opaque, il y avait dans la couche molle superficielle du cristallin des grains formés de phosphate et de carbonate de chaux. Ils étaient la plupart sphériques ou ovoïdes, rarement polyédriques, larges de 1 à 10 millièmes de millimètre; leur contour était foncé, leur centre brillant jaunâtre. Ils étaient souvent réunis en assez grande quantité pour composer de petits amas ou taches blanchâtres, et le microscope montrait que ceux-ci étaient constitués par ces grains agglomérés de manières diverses, souvent très élégantes, et qu'ils étaient quelquefois accompagnés d'un peu de matière amorphe, grisâtre, finement granuleuse.

Dans le tissu morbide mélanique, autour du cristallin, et même à la surface de la capsule, mais sans lui adhérer, se voyaient de petits amas pulpeux ou des traînées blanchâtres, faciles à dissocier. On reconnaissait facilement qu'ils étaient dus à l'agglomération de grains de phosphate et de carbonate de chaux semblables aux précédents, mais s'isolant avec la plus grande facilité.

Lorsque dans ces tumeurs le corps vitré n'a pas complétement disparu, il peut offrir deux modes distincts de modifications.

1° Il peut être simplement refoulé vers la partie centrale ou latérale du globe oculaire, selon la situation de la tumeur. Il n'est alors que devenu un peu plus ferme, mais il a conservé sa transparence et ne contient aucun élément morbide dans sa masse.

2° Il peut être complétement liquéfié, devenu fluide comme de l'eau, par un phénomène analogue à celui de la liquéfaction du blanc d'œuf, dans les œufs altérés. Le corps vitré, qui est une masse formée d'une manière analogue par une *substance organique* sans structure propre, coagulable par certains agents, comme toutes les substances organiques liquides ou demi-liquides, est en effet le siége d'altérations analogues

Digitized by Google

à celles que présentent ou peuvent présenter ces substances. Ce n'est point une coagulation, mais un phénomène inverse, une liquéfaction par changement survenu dans sa constitution moléculaire, qui survient en pareil cas.

Lorsque le corps vitré est ainsi liquéfié, il tient en suspension des cellules pigmentaires, sphériques, ovoïdes ou un peu irrégulières, larges de 5 à 8 centièmes de millimètre. Elles sont presque opaques, remplies complétement ou seulement par places de granulations pigmentaires d'un brun rouge, larges de 1 à 5 millièmes de millimètre. Celles-ci sont sphériques ou irrégulièrement polyédriques; il en est qui atteignent presque 1 centième de millimètre et ressemblent à des gouttes demi-liquides. Sur les grandes cellules, dans lesquelles ces grains pigmentaires ne sont pas tout à fait contigus, les granules offrent un mouvement brownien très manifeste. On peut par la pression les briser sous ses yeux, et voir le liquide et les granulations s'échapper.

On trouve dans l'un et l'autre de ces cas, surtout dans le premier, à la surface du corps vitré, des cellules pigmentaires encore très régulièrement polyédriques, très élégantes, mais devenues une fois plus grosses qu'à l'état normal. Leur noyau acquiert surtout une augmentation de volume, qui est remarquable. Il atteint ordinairement 14 à 18 millièmes de millimètre, avec un nucléole sphérique ou ovoïde, étroit, allongé de 5 à 7 millièmes de millimètre, jaune et brillant; quelquefois en même temps existe un deuxième nucléole plus petit.

§ V. — Résumé de l'anatomie pathologique des cataractes.

PREMIÈRE CLASSE : CATARACTES CAPSULAIRES. — *Première espèce : Cataracte pseudo-membraneuse.* — Cette espèce de cataracte peut se produire indépendamment de toute adhérence de la capsule avec l'iris. La première apparition du tissu néo-membraneux commence manifestement par la naissance de cellules analogues aux éléments dits corps fusiformes fibro-plastiques. Ceux-ci, bien que souvent étroits, très allongés, comme dans le tissu lamineux sous-cutané de l'embryon, sont pourtant plus larges et plus courts en général que dans les autres tissus normaux ou morbides. Sur des parties encore entièrement transparentes de la cristalloïde antérieure, on voit ces cellules éparses

Digitized by Google

appliquées et adhérentes contre sa face antérieure; elles sont rarement accompagnées de noyaux libres, et ceux-ci existent en petite quantité lorsqu'on les rencontre.

En examinant les préparations plus près des portions opaques du produit morbide, on voit ces éléments de plus en plus nombreux, superposés les uns aux autres, circonscrire des espaces aréolaires arrondis et prendre de plus en plus les caractères des fibres du tissu lamineux ou cellulaire. Bientôt on trouve que par la superposition de ces éléments le tissu morbide est de plus en plus opaque; des granulations grisâtres, attaquées par l'acide acétique, s'ajoutent à lui et sont interposées en plus ou moins grand nombre aux fibres. Ces dernières sont très adhérentes les unes aux autres, et dans les parties tout à fait opaques, on constate que la production morbide est constituée par un tissu non vasculaire, ferme, assez difficile à déchirer, dont l'aspect est strié, à stries peu ou pas onduleuses, à déchirure plutôt lamelleuse que fibreuse. Ce tissu est ordinairement incrusté, mais un certain temps après sa première apparition seulement, par une quantité variable d'un cas à l'autre, de granules microscopiques, généralement arrondis, composés de carbonate de chaux principalement.

Deuxième espèce : Cataracte capsulaire crayeuse ou crétacée. — Elle est caractérisée par la production de granules microscopiques, arrondis, jaunâtres, à contours foncés, à centre brillant sous le microscope. Ils sont d'abord isolés, épars, ou rarement juxtaposés en petit nombre. Ils adhèrent à la surface irienne de la cristalloïde antérieure, et sont incrustés dans cette membrane sur une épaisseur d'un centième de millimètre environ. L'opacité se manifeste lorsque ces grains sont assez gros et assez rapprochés pour empêcher le passage de la lumière en formant des amas visibles à l'œil nu. Ils se multiplient parfois suffisamment pour constituer à la surface de la capsule une couche épaisse d'un demi-millimètre et plus, cassante, etc., dite *ossification de la capsule*. Mais celle-ci reste intacte derrière le dépôt calcaire qui, néanmoins, lui adhère intimement. Les réactifs montrent que ces couches, comme les grains isolés, sont composés principalement de carbonate de chaux et d'une petite quantité de phosphate de cette base. Après la dissolution des sels, il reste une trame de nature organique très transparente, presque imperceptible.

Digitized by Google

DEUXIÈME CLASSE : CATARACTES LENTICULAIRES. — *Première espèce : Cataractes molles.* — L'altération siége dans la couche molle, superficielle ou corticale du cristallin. Elle détermine des opacités blanchâtres ou grisâtres sous forme de lignes, de points, etc., diversement disposés, de teinte uniforme ou à peu près. Dans tous ces cas, la lésion est la même ; il n'y a de différence que dans son étendue. L'altération de la couche molle superficielle ou corticale du cristallin est due à ce que, par suite de troubles dans le renouvellement moléculaire nutritif et le développement de ses éléments, ceux-ci ont subi les modifications morbides de structure dont suit la description. Ces altérations consistent surtout en un passage à un état plus granuleux, avec aplatissement en bandelette des tubes qui, en même temps, perdent leurs noyaux. Cet état granuleux se manifeste aussi quelquefois dans les fibres dentelées. Les cellules du cristallin ont disparu, se sont réduites en granulations, ou bien d'homogènes et hyalines sont devenues granuleuses. En même temps se sont produites, entre les tubes réduits à l'état de bandelettes, des granulations moléculaires libres, des gouttelettes limpides et des gouttes d'aspect huileux. Celles-ci ont exsudé de la substance des éléments ou proviennent peut-être de leur destruction. Il s'est formé, en outre, dans cette couche superficielle, des corpuscules solides, arrondis ou de figures variées, soit homogènes, soit granuleux, englobés ou non dans une substance de consistance cireuse. Enfin, quelquefois il s'y dépose du carbonate de chaux mélangé de traces du phosphate de cette base. Ces altérations diverses font que, d'une homogénéité et d'une transparence extrêmes, la couche molle du cristallin et quelquefois son noyau dur sont arrivés à un état hétérogène; de telle sorte que la lumière, au lieu de traverser ces tissus, est réfléchie par ces particules d'espèces diverses en prenant une teinte blanche ou grisâtre; c'est ce que l'on voit survenir pour toute substance granuleuse ou hétérogène que frappe la lumière.

Deuxième espèce : Cataracte liquide. — Elle présente un aspect lactescent, et dans la cavité de la capsule se trouve contenu, comme dans un kyste, un liquide blanchâtre, dans lequel flotte le noyau dur du cristallin. Le liquide se compose d'un fluide tenant en suspension des gouttes graisseuses, des corpuscules et des granulations solides. C'est le passage des éléments normaux de la couche superficielle du cristallin

Digitized by Google

à l'état de liquide, tenant en suspension et en émulsion les corpuscules et les gouttelettes précédentes, qui fait que d'une homogénéité et d'une transparence parfaite elle est amenée à ne plus se laisser traverser par la lumière qu'imparfaitement. Elle la réfléchit, au contraire, avec une couleur blanchâtre, comme le fait tout liquide tenant en suspension des corpuscules solides ou des gouttes d'un liquide hétérogène par rapport à lui.

Troisième espèce : Cataractes dures. — Ces cataractes conservent au fond la même composition anatomo-pathologique que les cataractes molles, et il ne s'est pas produit d'éléments essentiellement différents de ceux du cristallin normal, sauf les corpuscules solides, granuleux ou non, et les gouttes graisseuses exsudées des éléments préexistants qui se sont altérés. La lésion consiste surtout en une modification intime des éléments du cristallin, qui fait qu'ils deviennent plus solides chacun individuellement, et plus adhérents les uns aux autres qu'à l'état normal. En même temps les éléments ainsi modifiés deviennent plus granuleux, ce qui est une des causes essentielles de l'opacité, tandis que les autres causes sont la production des corpuscules solides et l'exsudation des gouttes graisseuses.

Quatrième espèce : Cataracte lenticulaire crayeuse ou crétacée. — Elle est rare et due à une incrustation des éléments anatomiques des portions molle et dure du cristallin, qui ne sont pas détruites. Dans cette espèce de cataracte, le cristallin est d'un blanc grisâtre ou d'un blanc crayeux. Il est tantôt dur, compacte, surtout à la surface, et friable, comme grenu dans sa profondeur ; tantôt il est friable dans toute son épaisseur. Il peut quelquefois n'offrir l'état pierreux qu'à la surface, le noyau restant peu altéré. La lésion consiste essentiellement en un dépôt calcaire, principalement composé de carbonate de chaux, accompagné d'une petite proportion de phosphate de la même base, incrustant molécule à molécule les éléments du cristallin, sans empêcher de les reconnaître après avoir dissous les sels par les acides affaiblis. L'action de ces agents y fait reconnaître aussi des corpuscules sphériques analogues à ceux des cataractes dures et molles, mais incrustés de carbonate calcaire.

Digitized by Google

Digitized by Google

MÉMOIRE

SUR UN POINT D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

RELATIF

A L'HISTOIRE DE LA CIRRHOSE,

PAR PH.-C. SAPPEY,

Professeur-Agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc.

LU A L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE, LE 8 MARS 1859 (1).

Ce mémoire a pour but de déterminer la voie par laquelle le sang de la veine porte est ramené dans la veine cave inférieure, lorsqu'il ne trouve plus un libre passage à travers le foie.

Dans quelques maladies de cet organe, dans la cirrhose plus spécialement, les capillaires s'oblitèrent en partie, et ainsi oblitérés, ils n'offrent plus qu'un passage insuffisant au sang de la veine porte. Ce liquide alors cherche à se créer une voie nouvelle pour rentrer dans le torrent de la circulation ; et l'observation atteste qu'il y rentre en effet. Mais par quels vaisseaux parvient-il à refluer du système veineux abdominal dans le système veineux général ? Cette question depuis une quinzaine d'années a été soulevée par plusieurs auteurs qui ont successivement et infructueusement tenté de la résoudre. Je l'aborde à mon

(1) Voy. le Rapport fait à l'Académie par M. le docteur Ch. Robin, dans la séance du 31 mai 1859. (*Bulletin de l'Académie impériale de médecine*, t. XXIV, p. 943.)

Digitized by Google

tour avec des faits qui me paraissent précis et concluants ; l'Académie jugera si mes efforts ont été plus heureux que ceux de mes prédécesseurs.

Afin de marquer plus nettement le but que je me propose dans ce travail, je dirai de suite que, lorsque le sang de la veine porte trouve dans le foie un obstacle à son libre passage, il reflue de cet organe vers la région ombilicale, et de cette région vers le tronc veineux principal du membre inférieur, de telle sorte que, ne pouvant se rendre dans la partie terminale de la veine cave ascendante, il décrit un long circuit pour aller se jeter dans un de ses affluents.

Dans son reflux du foie vers l'ombilic, le sang de la veine porte parcourt une veine qui est située dans le ligament suspenseur, au-dessus du cordon de la veine ombilicale dont elle suit la direction, mais dont elle reste toujours complétement indépendante.

Cette veine s'abouche par son tronc dans le sinus de la veine porte ; son extrémité opposée se ramifie dans l'épaisseur de la région ombilicale où elle se continue par des anastomoses capillaires, soit avec les veines épigastriques et mammaires internes, soit avec les veines sous-cutanées de l'abdomen. Elle est presque toujours extrêmement grêle et ne mériterait certainement pas d'être mentionnée, si, dans certains états morbides du foie, dans la cirrhose par exemple, elle n'acquérait une importance qui a échappé jusqu'à ce jour à l'attention des médecins, et qui nous montre combien les détails en apparence les plus futiles peuvent offrir d'intérêt, lorsque la loi du progrès vient les exhumer en quelque sorte du sein de la science pure pour les introduire dans le domaine plus brillant de la science appliquée. Quelquefois en effet on la voit se dilater au point d'atteindre un volume qui diffère à peine de celui de la veine crurale ; ainsi dilatée elle représente si bien par son calibre, sa situation et sa direction, la veine ombilicale, que tous les faits relatifs à sa dilatation ont été considérés jusqu'à présent comme autant d'exemples de persistance de cette veine.

Mais ces faits ne me paraissent pas avoir été observés avec une suffisante attention ; comme ils sont peu nombreux, je les rappellerai brièvement, afin de montrer qu'on peut leur donner une tout autre nterprétation, et qu'ainsi interprétés, loin de témoigner en faveur de la

Digitized by Google

persistance de la veine ombilicale, ils nous autorisent au contraire à penser que cette veine ne persiste jamais chez l'adulte.

Parmi ces faits considérés comme autant d'exemples de persistance de la veine ombilicale, un des premiers qui aient été mentionnés appartient à M. Ménière. Il a été observé en 1826 et publié dans les archives de médecine. Chez un enfant dont il faisait l'autopsie, cet auteur trouva un conduit veineux très considérable, qui, partait de la veine iliaque droite, se dirigeait vers la symphise du pubis, puis remontait jusqu'à l'ombilic, et suivait ensuite le ligament suspenseur pour aller s'ouvrir dans le sinus de la veine porte.

Un fait analogue a été publié à la même époque par M. Manec.

M. Pegot, en 1832, en a fait connaître un troisième plus important et mieux observé qui a été inséré dans les bulletins de la société anatomique et représenté par M. Cruveilhier, dans son grand ouvrage d'anatomie pathologique. Celui-ci a été recueilli sur un homme de 45 ans qui présentait vers le milieu du pli de l'aine de chaque côté une tumeur variqueuse de forme pyramidale, et au niveau de l'ombilic une autre tumeur de même nature, du volume d'une orange. Jusqu'au moment de l'autopsie, M. Pegot avait cru à de simples varices semblables à celles que M. A. Severin et Boyer avaient déjà signalées et décrites. A l'ouverture de l'abdomen, il fut fort surpris de rencontrer dans le ligament suspenseur du foie une veine très volumineuse, qui s'étendait de la tumeur ombilicale vers le sinus de la veine porte, et qu'il considéra, à l'exemple de ses prédécesseurs, comme la veine ombilicale non oblitérée.

M. Rokitansky en Allemagne a recueilli plusieurs observations offrant la plus grande analogie avec celle qui précède. Le premier, il s'est attaché à établir que les tumeurs variqueuses de l'abdomen doivent être considérées comme le résultat de la persistance de la veine ombilicale. M. Bamberger, de son côté, cite trois exemples de cette persistance: dans le premier la veine ombilicale se continuait à plein canal avec les veines épigastriques; dans le second elle se continuait aussi avec cette veine, mais au niveau de cette continuité il existait plusieurs petites tumeurs variqueuses; dans le troisième, qui est le plus remarquable, elle s'abouchait au niveau de l'ombilic avec des veines sinueuses, de plusieurs lignes de diamètre, descendant vers le pli de l'aine, et dans lesquelles

Digitized by Google

on percevait un frémissement à la main et un murmure continu au stéthoscope (1).

De ces observations et de quelques autres analogues mentionnées dans le *Traité de physiologie* de Haller, il résulte que tous les auteurs qui ont rencontré chez l'adulte, dans le ligament suspenseur du foie, une veine volumineuse, se sont accordés, d'une part pour considérer celle-ci comme la veine ombilicale non oblitérée, de l'autre pour admettre qu'elle est parcourue par le sang de bas en haut, c'est-à-dire de l'ombilic vers le foie. Ainsi s'est établie cette opinion, aujourd'hui unanimement admise, que la veine ombilicale persiste quelquefois après la naissance, et peut même persister pendant toute la durée de la vie.

Je l'avouerai cependant, malgré cette unanimité, je n'étais pas convaincu. Cherchant à me rendre compte du mécanisme d'après lequel pouvait se produire la persistance de la veine ombilicale, je me trouvais conduit à regarder cette persistance comme peu vraisemblable, je n'ose pas dire comme tout à fait impossible. Après la naissance, en effet, la veine ombilicale se rétracte dans le ligament suspenseur du foie, ainsi que l'a démontré récemment M. Ch. Robin, puis elle s'oblitère à son extrémité libre et de proche en proche dans toute son étendue. Si l'on suppose que sa cavité persiste, le sang, rencontrant à son extrémité libre une barrière infranchissable, y restera emprisonné ; car il n'y a pas ici de branches collatérales par lesquelles il puisse s'échapper, la veine n'en recevant et n'en fournissant jamais aucune dans son trajet ; et si cette barrière vient à céder, il ne pourra que s'épancher dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Le raisonnement semble donc indiquer qu'aucune communication ne peut s'établir après la naissance entre la veine ombilicale et les veines de l'abdomen. Sans nier toutefois d'une manière absolue la possibilité d'une telle communication, j'en étais arrivé à conserver beaucoup de doutes sur sa réalité, et je regrettais sincèrement que l'extrême rareté des faits de ce genre ne me permît pas de les vérifier, lorsqu'un heureux hasard vint m'en offrir deux presque coup sur coup dans le courant de l'été dernier. L'un et l'autre me montrèrent combien mes doutes étaient fondés.

(1) Je suis redevable de la connaissance de ces trois faits et du travail de Rokitanski à mon excellent collègue M. le docteur Aran, qui a bien voulu, sur ma demande, consulter cet auteur et me communiquer les principaux résultats de leurs observations.

Digitized by Google

Le premier de ces faits a été observé sur un cadavre de l'école pratique. C'était un homme d'une quarantaine d'années, qui me parut avoir succombé à une cirrhose du foie. Dans l'épaisseur du ligament suspenseur se trouvait une veine du volume du petit doigt, étendue de l'extrémité gauche du sinus de la veine porte vers l'ombilic, où elle s'anastomosait avec les veines épigastriques, qui étaient elles-mêmes très dilatées. Examinant aussitôt le ligament suspenseur, j'aperçus dans l'épaisseur de son bord libre le cordon de la veine ombilicale qui offrait sa situation, sa direction, ses dimensions ordinaires, et qui témoignait ainsi de la manière la plus péremptoire en faveur de la parfaite oblitération de cette veine.

Le second fait qui s'est offert à mon observation est plus complet et non moins démonstratif. M. le professeur Trousseau avait parmi ses malades à l'Hôtel-Dieu un homme de cinquante ans environ, affecté d'une cirrhose du foie. En appliquant l'oreille ou le stéthoscope sur l'abdomen de ce malade, on percevait un bruit très distinct, consistant dans une sorte de murmure continu. La mort ayant eu lieu, le foie cirrhotique me fut abandonné sur ma demande, et M. Trousseau, qui soupçonnait quelque anomalie vasculaire dans la paroi antérieure de l'abdomen, me fit remettre aussi cette paroi, en m'invitant à l'examiner. L'anomalie soupçonnée existait en effet, et consistait dans la présence d'une veine volumineuse étendue du sinus de la veine porte vers l'ombilic, où elle se ramifiait et s'anastomosait aussi avec les veines épigastriques, qui semblaient en être le prolongement. Au-dessous de cette veine, dans le bord libre du ligament suspenseur, on voyait le cordon de la veine ombilicale. Ce cordon avait conservé aussi la situation, la direction, les dimensions qui lui sont propres; en un mot, il ne différait en rien de son état normal.

Dans cette seconde observation, comme dans la précédente, la communication existant entre le sinus de la veine porte et les veines épigastriques était donc établie par l'une des veinules qui accompagnent le cordon de la veine ombilicale, et non pas cette veine elle-même (1).

(1) Depuis la lecture de ce mémoire j'ai pu recueillir trois autres faits analogues à ceux qui précèdent. (Voyez, *Bulletin de l'Académie impériale de médecine*, t. XXIV, p. 943 et suiv., le Rapport de M. Ch. Robin.)

Digitized by Google

Ces faits doivent-ils être considérés comme exceptionnels, ou bien faut-il les accueillir comme l'expression exacte de ce qui se passe dans tous les cas où la veine porte communique avec les veines de la paroi abdominale? Cette dernière opinion me paraît la mieux fondée. Si les auteurs qui ont rapporté des exemples de cette communication n'ont fait aucune mention du cordon de la veine ombilicale, c'est sans doute parce qu'une conviction trop arrêtée est venue en quelque sorte captiver et détourner leur attention. Persuadés au premier coup d'œil qu'ils avaient sous les yeux la veine ombilicale, ils n'ont même pas eu la pensée de chercher le cordon de cette veine, qui peut échapper à un examen trop superficiel, mais qu'une observation plus attentive leur eût montré très probablement, s'ils eussent admis pour un instant la possibilité de son existence.

Pour mieux apprécier, du reste, la valeur relative des deux opinions qui se trouvent ici en présence, il suffirait, à la rigueur, d'en faire l'application aux faits connus. Supposons donc que le sang, dans son reflux vers la paroi abdominale antérieure, suive la veine ombilicale non oblitérée; parvenu à l'extrémité de celle-ci, par quelle voie arrivera-t-il dans les veines sous-aponévrotiques ou sous-cutanées de l'abdomen? Nous avons vu précédemment qu'il n'existe entre elle et ces dernières aucune relation vasculaire, aucune anastomose. Or, sans anastomoses point de communication possible. Dans cette première hypothèse, on ne conçoit donc pas comment une voie dérivative pourrait s'établir de la veine porte vers la veine iliaque.

Supposons, au contraire, que le sang dans son reflux suive l'une des veines qui accompagnent le cordon de la veine ombilicale, aussitôt nous voyons tous les phénomènes qui nous sont connus s'enchaîner dans l'ordre le plus simple et le plus naturel. Cette veinule, distendue par le reflux du sang, se dilatera peu à peu, et sa dilatation augmentant en raison de l'obstacle qui détermine ce reflux, elle finira par atteindre des proportions qui pourront, dans quelques cas, l'égaler au tronc même de la veine porte. Ce double travail de dilatation et d'hypertrophie, se propageant graduellement, s'étendra un peu plus tard aux ramifications qu'elle envoie dans la région ombilicale, puis de ces ramifications aux veines qui s'anastomosent avec elle, et le sang, de proche en proche, s'ouvrira ainsi une grande voie de communication qui le

Digitized by Google

ramènera du sinus de la veine porte dans la veine principale du membre inférieur.

Cette voie collatérale elle-même suivra tantôt les veines épigastriques, et tantôt les veines sous-cutanées de l'abdomen. Si elle suit les veines épigastriques, celles-ci se dilateront, mais ne deviendront pas le siége de varices. Si elle suit les veines sous-cutanées de l'abdomen, ces dernières non-seulement se dilateront, mais s'altéreront au point de donner naissance à des tumeurs variqueuses souvent multiples et quelquefois très considérables.

Pourquoi l'absence de varices dans le premier cas, et leur existence presque constante dans le second? C'est à l'anatomie qu'il faut demander la solution de cette question; elle la résout, en effet, de la manière la plus satisfaisante, en nous montrant que les veines épigastriques, au niveau de leur embouchure dans la veine iliaque externe, se réfléchissent de bas en haut; d'où il suit que le sang qui les parcourt marche à peu près dans le même sens que celui de cette veine, qu'elles se vident ainsi très facilement dans sa cavité, et qu'elles n'ont dès lors qu'une médiocre tendance à se dilater. Mais il n'en est pas de même des veines sous-cutanées de l'abdomen; celles-ci vont s'ouvrir dans la veine saphène interne, sur la convexité du coude qu'elle décrit au moment où elle traverse l'aponévrose de la cuisse pour se jeter dans la veine crurale; le sang qui les parcourt chemine de haut en bas, tandis que celui de la veine saphène interne chemine au contraire de bas en haut; les deux colonnes sanguines se font donc ici mutuellement obstacle : de là, pour les veines sous-cutanées de l'abdomen et pour celles du membre inférieur, une tendance incessante à se dilater; de là aussi les varices qu'elles présentent et les tumeurs variqueuses qui plus tard se développeront sur leur trajet.

Jusqu'à présent les tumeurs variqueuses de l'abdomen, la veine anormale observée dans le ligament suspenseur du foie et la cirrhose avaient été considérées comme trois phénomènes indépendants. Tous les observateurs, en effet, s'étant accordés pour admettre, d'une part que cette veine anormale était constituée par la veine ombilicale non oblitérée, de l'autre qu'elle était parcourue par le sang de bas en haut, n'avaient pu entrevoir leur intime corrélation. En restituant, au contraire, au sang son véritable cours, en le faisant cheminer de haut en bas, c'est-

Digitized by Google

à-dire du foie vers la veine iliaque, nous n'avons plus trois phénomènes isolés, mais trois effets reliés entre eux par leur subordination à une seule et même cause, trois effets qui se succèdent et s'enchaînent de la manière suivante : « La cirrhose produit l'oblitération des capillaires, et apporte ainsi un obstacle plus ou moins grand à la circulation du foie ; cet obstacle détermine la stase, et un peu plus tard le reflux du sang ; ce reflux amène la dilatation, puis l'hypertrophie de l'une des veinules comprises dans le ligament suspenseur, et celle-ci, en se dilatant, occasionne à son tour la dilatation des veines sous-cutanées ou sous-aponévrotiques de l'abdomen. »

Ainsi donc en admettant que le sang, dans son mouvement de reflux vers l'ombilic, suive la veine ombilicale non oblitérée, on ne saurait expliquer, dans l'état actuel de nos connaissances, le mode de développement du grand courant veineux qui se porte du foie vers la veine iliaque externe.

Mais si l'on admet, au contraire, que le sang suit l'une des veinules comprises dans le ligament suspenseur, le développement de cette voie collatérale devient un phénomène extrêmement simple autour duquel se groupent dans l'ordre le plus naturel tous ceux que nous avons précédemment passés en revue.

Le mode de développement de la voie dérivative par laquelle le sang passe de la veine porte dans la veine principale du membre inférieur est un fait qui n'intéresse pas moins le chirurgien et le médecin que l'anatomiste.

Connaissant le point de départ des varices et des tumeurs variqueuses qui peuvent se développer sur le trajet de cette voie, le chirurgien comprendra mieux combien ces varices et ces tumeurs doivent être respectées.

D'une autre part, toute tumeur de cette nature siégeant à l'ombilic, aux aines ou sur un point quelconque de la paroi abdominale, tout frémissement perceptible à la main, tout bruit perçu par l'oreille ou le stéthoscope appliqués sur cette paroi deviendront pour le médecin un symptôme précieux qui, en lui révélant l'existence d'un grand courant veineux établi du foie vers la veine iliaque, appellera son attention sur la source, c'est-à-dire sur la cause de ce courant, et pourra ainsi dans quelques cas éclairer son diagnostic.

Digitized by Google

Lorsque cette voie dérivative s'élargit en raison de la difficulté que le sang éprouve à traverser le foie, la circulation du sang de la veine porte n'éprouve aucun trouble, parce que alors le trop-plein de cette veine reflue vers la veine iliaque, et il est facile de pressentir que dans les cas de ce genre il n'y aura aucun phénomène de congestion du côté des viscères abdominaux, et, par suite, aucune tendance à l'hydropisie abdominale. Si, au contraire, elle ne s'agrandit pas en raison de l'obstacle que le foie oppose au passage du sang, on verra les veines mésaraïques se congestionner, puis un épanchement séreux se produire dans la cavité du péritoine; et cet épanchement, conformément à la grande loi de physiologie pathologique si bien formulée par M. le professeur Bouillaud, sera lui-même d'autant plus rapide et plus considérable, que la voie dérivative sera plus insuffisante. Tous les malades affectés de cirrhose chez lesquels une circulation collatérale se sera largement établie seront donc peu ou point exposés à l'ascite. Dans les cinq cas que j'ai observés, il n'en existait en effet aucune trace; il en était de même dans ceux qui ont été publiés par MM. Ménière, Manec, Pégot, Rokitansky et Bamberger. Par contre, les malades chez lesquels aucune voix collatérale ne sera ouverte au sang de la veine porte resteront très exposés à l'hydropisie : c'est aussi dans cette catégorie de malades qu'on a vu, et que j'ai vu tout récemment encore l'ascite se produire.

Des faits et considérations qui précèdent, je pense pouvoir conclure :

1° Qu'il n'existe aucun fait bien authentique de persistance de la veine ombilicale chez l'adulte, et que tous les faits qui ont été regardés comme attestant cette persistance doivent être considérés, au contraire, comme autant d'exemples de dilatation avec hypertrophie de l'une des veinules comprises dans le ligament suspenseur du foie;

2° Que cette veinule, en se dilatant et s'hypertrophiant, amène la dilatation et l'hypertrophie des veines avec lesquelles elle s'anastomose, et devient ainsi le point de départ d'une grande voie dérivative qui s'étend du sinus de la veine porte vers la veine principale du membre inférieur;

3° Que cette voie dérivative est parcourue par le sang de haut en bas

Digitized by Google

et non de bas en haut, ainsi que l'avaient pensé et le pensent encore tous les auteurs;

4° Qu'elle peut suivre, tantôt les veines sous-aponévrotiques, et tantôt les veines sous-cutanées de l'abdomen; que, dans le premier cas, il ne se développe sur son trajet ni varices, ni tumeurs variqueuses; que, dans le second, au contraire, on voit presque toujours une ou plusieurs de ces tumeurs se produire;

5° Que le courant veineux dirigé du foie vers la veine crurale accuse sa présence par un frémissement perceptible à la main et par un murmure continu perceptible au stéthoscope;

6° Enfin que l'existence de ce courant peut être considérée, dans la très grande majorité des cas, comme un symptôme de la cirrhose du foie, et que ce symptôme, bien qu'il accuse toujours une cirrhose ancienne et incurable, doit être accueilli cependant comme un signe favorable, puisqu'il écarte la crainte d'une hydropisie abdominale.

Digitized by Google

SUR LES

ALLONGEMENTS HYPERTROPHIQUES

DU COL DE L'UTÉRUS,

DANS LES AFFECTIONS DÉSIGNÉES

SOUS LES NOMS DE DESCENTE, DE PRÉCIPITATION DE CET ORGANE,
ET SUR LEUR TRAITEMENT
PAR LA RÉSECTION OU L'AMPUTATION DE LA TOTALITÉ DU COL,
SUIVANT LA VARIÉTÉ DE LA MALADIE (1),

Par P.-C. HUGUIER,
Membre de l'Académie impériale de médecine, chirurgien de l'hôpital Beaujon, etc.

INTRODUCTION.

Si l'appareil utéro-ovarique, à une certaine époque de la vie de la femme, exerce une si grande influence sur ses mœurs et ses habitudes; s'il la résume à ce point que Van Helmont ait pu dire, sans être taxé de trop d'exagération : « *Propter uterum solum mulier id est, quod est,* » il ne résume pas moins la perfection organique. Appelé à l'entretien de l'espèce, c'est-à-dire à l'accomplissement des plus hautes fonctions, il devait être tout à la fois, ce qu'il est en effet, un appareil de création, de transmission, de réception, de nutrition et d'expulsion, n'ayant avec l'individu qui le renferme que des connexions nerveuses et vasculaires destinées, les unes à faire subir sa puissance, les autres à apporter les matériaux de sa nutrition propre et de celle du fruit qu'il doit développer.

Au milieu de l'organisme individuel, l'utérus est en quelque sorte un être à part, qui, en raison de l'importance, de la multiplicité et de la variété de ses actes spéciaux, jouit de la faculté de changer de situa-

(1) Voyez la discussion soulevée dans le sein de l'Académie, lors de la lecture de ce mémoire (*Bulletin de l'Académie de médecine*, Paris, 1859, t. XXIV, p. 592, 672, 727, 771).

Digitized by Google

tion, de direction, de volume, de connexion, de forme et d'organisation, selon ses besoins, modifiant même profondément la région de l'économie qui le recèle, afin de mieux remplir les fonctions qui lui sont dévolues. De là la diminution de la hauteur du bassin de la femme, l'ampliation de certains diamètres de cette cavité et de ses échancrures, la brièveté de la symphyse pubienne, la longueur du torse, etc., etc.; de là aussi, dans les dispositions qui lui sont propres, la nécessité de communiquer largement avec le monde extérieur, d'avoir une grande vascularité artérielle, veineuse et lymphatique, d'avoir autour de lui de l'espace, et de n'être uni aux parties voisines et contractiles que par des liens lâches, flexibles, élastiques, qui lui permettent tous les déplacements nécessaires à l'accomplissement régulier des phénomènes de la génération.

Mais, lorsque ces modifications et ces dispositions spéciales sont portées trop loin, lorsqu'elles ont été altérées par une mauvaise constitution, par un abus des fonctions de l'appareil générateur, par des accouchements nombreux ou difficiles, ou bien enfin par des habitudes professionnelles particulières, elles deviennent la cause la plus puissante d'un grand nombre d'affections, parmi lesquelles nous devons placer en première ligne l'engorgement chronique, l'hypertrophie et la précipitation plus ou moins complète de l'organe gestateur hors des voies naturelles, sans parler de celles qui peuvent atteindre les parties qui lui sont annexées.

De toutes les maladies qui peuvent ainsi frapper l'utérus je ne m'occuperai, dans ce travail, que de l'hypertrophie et de la descente de cet organe que les auteurs ont désignée sous le nom de *chute* ou *précipitation.*

On pensait jusque dans ces derniers temps, et beaucoup de praticiens des plus distingués pensent encore aujourd'hui, que l'apparition du museau de tanche à la vulve, la sortie d'une plus ou moins grande portion de la matrice hors des organes génitaux externes, sont le résultat d'un déplacement de cet organe, d'un abaissement en masse, ou d'une véritable précipitation de la matrice en totalité. Mais, quelle que soit, à cet égard, la manière de voir des hommes les plus habiles, on peut assurer et démontrer que c'est à une fausse interprétation de la majorité des faits qui ont été observés qu'il faut

Digitized by Google

attribuer cette opinion. Lorsque l'utérus vient faire saillie au dehors, lors même que le vagin est complétement renversé, et que la matrice, par le volume de la tumeur au centre de laquelle elle se trouve, semble entièrement précipitée entre les cuisses, ce n'est pas parce qu'elle est abaissée dans son ensemble et complétement sortie de l'enceinte pelvienne, mais bien parce qu'elle a subi un allongement hypertrophique partiel ou général. La meilleure preuve que l'on puisse en donner, c'est que, dans presque tous ces cas, le corps de la matrice reste à peu près dans sa situation normale, et que, si, examinant la tumeur avec soin, on vient à mesurer la cavité utérine à l'aide de l'hystéromètre ou de tout autre instrument approprié, on constate facilement cet allongement. On peut également s'assurer de la présence du corps de l'organe dans le bassin par la palpation attentive de la tumeur et l'introduction d'un ou de deux doigts dans le rectum. Plus loin je dirai quelles ont été les causes de l'erreur.

Notre intention n'est pas de nous occuper ici de toutes les espèces d'hypertrophies utérines, générale ou partielle, d'examiner cette affection dans ses détails anatomo-pathologiques et séméiologiques, mais seulement d'étudier l'*hypertrophie longitudinale*, celle qui simule, accompagne ou détermine la descente et la chute de la matrice. Nous mettrons également de côté les allongements hypertrophiques qui sont déterminés par la traction et la pression que les tumeurs ovariques et celles qui sont au voisinage de l'utérus peuvent exercer sur cet organe, allongements qui sont fréquents, mais qui ne se rencontrent presque jamais avec la chute ou la précipitation.

Dans l'hypertrophie longitudinale de l'utérus, il faut admettre quatre variétés. La première porte sur le corps de l'organe seulement et peut être une véritable cause d'abaissement ou de descente ; nous nous contenterons de la signaler, ne la faisant pas rentrer dans le plan de ce travail. — La seconde envahit uniquement le museau de tanche ou la *portion sous-vaginale du col*, et simule l'abaissement ou la descente de l'utérus. — La troisième envahit presque la totalité du col, mais surtout sa portion supérieure ou *sus-vaginale*. — Cette troisième espèce peut exister quelquefois avec celle du corps de l'organe, ce qui constitue la quatrième variété de l'hypertrophie longitudinale. Ce sont principalement ces deux dernières variétés qui simulent la précipitation com-

Digitized by Google

plète, et qui peuvent l'accompagner quand, par hasard, elle existe. Les deux variétés principales de l'hypertrophie longitudinale, la *sous* et la *sus-vaginale*, constituent en quelque sorte deux maladies différentes, bien que leur nature soit la même, et qu'elles aient pour point de départ un trouble, une lésion de la nutrition. Leurs causes, leur mécanisme, leurs symptômes, les accidents qu'elles peuvent déterminer, et même le traitement qu'elles réclament, sont tout à fait différents, d'où la division de ce mémoire en deux parties.

Division nullement factice et faite pour faciliter la description des faits; mais qui existe bien réellement en pathologie, au point qu'on pourrait presque dire que l'existence de l'une de ces affections exclut celle de l'autre.

PREMIÈRE PARTIE.

Allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col (museau de tanche). — Planche I.

Dans cette affection, le col utérin forme dans la cavité vaginale une saillie cylindroïde ou conoïde plus ou moins allongée dont l'extrémité libre s'approche de l'ouverture du vagin, ou même s'engage entre les lèvres de la vulve, sans que le conduit vulvo-utérin soit invaginé ou renversé sur lui-même. Aussi le doigt introduit dans les organes sexuels reconnaît-il que l'extrémité supérieure du canal est placée aussi haut ou presque aussi haut qu'à l'état normal. Ce sont là deux grands caractères, l'absence d'invagination et la conservation de la hauteur du vagin, qui à eux seuls suffisent pour différencier cette lésion de l'abaissement et de la descente de la matrice avec lesquels on l'a généralement confondue jusque dans ces derniers temps. Je n'en veux pour preuve que les malades qui me sont très souvent adressées par des praticiens distingués comme atteintes de descente et de chute de la matrice, lorsqu'elles n'ont qu'un simple allongement hypertrophique du museau de tanche; les deux malades que j'ai trouvées dernièrement dans la division des incurables de la Salpêtrière, et qui ont été admises, comme le montre le registre de l'établissement, pour des chutes ou prolapsus de la matrice; enfin le silence que gardent en général, à cet égard, les auteurs tant anciens que modernes sur cette espèce d'hypertrophie que

Digitized by Google

j'ai observée et décrite, pour la première fois, le 12 mars 1844 (voy. obs. 1).

Cependant, lorsqu'on se livre à des recherches bibliographiques sur ce sujet, on ne tarde pas à se convaincre que, bien que cette lésion n'ait été décrite par aucun auteur, on la trouve çà et là mentionnée dans les ouvrages qui ont été publiés depuis le milieu du dernier siècle. C'est ainsi que Morgagni me paraît être le premier qui en ait fait mention. Dans la XLV^e^ lettre de son ouvrage *De sedibus et causis morborum*, dans laquelle il traite tout à la fois de la descente, du renversement et de la montée de la matrice, il dit, art. 7 : « Prié d'examiner les parties naturelles d'une femme honnête, âgée de vingt-cinq ans, pour reconnaître » ce que c'était qu'un corps cylindrique, semblable à un pénis, qui était » pendant dans l'intérieur du vagin, je vis aussitôt que c'était le col de » l'utérus qui était descendu au-dessous de la partie moyenne du vagin. » L'orifice utérin était étroit, eu égard à ce qu'il appartenait à une » femme mariée, laquelle toutefois n'avait jamais eu d'enfants, et il avait » presque la forme d'un cercle : j'en vis sortir un peu de sang ; car la » femme avait été dans ses mois tout nouvellement. »

Malgré ce passage qui semble appartenir à l'affection qui nous occupe, je suis convaincu que Morgagni l'a confondue avec une véritable descente de la matrice, car il en parle dans la partie de sa lettre où il s'occupe de la chute de l'utérus sans renversement, et il le cite comme un cas de descente de la matrice observé par lui sur la femme vivante ; puis immédiatement il rapporte des cas de descente de l'utérus trouvés sur des cadavres de femelles d'animaux et sur celui d'une vieille femme.

Ségard rapporte qu'à Brest, en 1780, un allongement du col fut pris par un chirurgien pour un polype de l'utérus ; que, malgré son opposition, on appliqua une ligature sur ce prolongement, au sommet duquel on voyait l'ouverture de la matrice. La malade succomba à une inflammation de l'utérus et du péritoine. L'autopsie confirma le diagnostic porté par Ségard (1).

D'après Buisson, Bichat aurait rencontré deux ou trois fois ce prolongement du col sur des cadavres, et lui-même l'a observé sur une malade à laquelle un praticien célèbre avait appliqué un pessaire, parce qu'il la croyait atteinte de descente de la matrice.

(1) Ségard, *Dissertations sur les polypes utérins*. Paris, 1804, p. 16.

Digitized by Google

Le professeur Lallement disait en avoir vu plusieurs exemples sur les vieilles femmes de la Salpêtrière, ce que je crois très volontiers, puisque j'en ai observé deux cas dans une visite que j'ai faite tout récemment dans le service des incurables appartenant à mon savant collègue M. Cazalis, qui a mis ce service à ma disposition avec un empressement et une bienveillance dont je ne saurais trop lui savoir gré.

Dugès et Boivin en ont représenté (1) un exemple qui existait, d'après eux, avec un prolapsus de la matrice : aucune description n'accompagne le dessin.

Chélius, dans son chapitre consacré à la chute de la matrice, dit : « Quelquefois on remarque que le col de l'utérus déplacé est allongé d'une manière toute particulière, qu'il se termine par un sommet arrondi assez analogue au pénis ; il fait saillie entre les parties génitales externes ; à son extrémité se trouve le museau de tanche, et par son ouverture on peut introduire une sonde à la profondeur de 6 pouces et au delà (2). »

Lisfranc connaissait aussi cet allongement du col ; mais, ainsi que Bichat, il le considérait comme une anomalie anatomique.

Ce sont là autant d'assertions ou de faits bruts qui, pour ne pas avoir été décrits ni considérés sous le rapport des troubles fonctionnels qu'ils déterminent, des affections qu'ils simulent et des soins qu'ils réclament, sont passés inaperçus dans la science. Désormeaux seul, inspiré par ses lectures et la traduction de Morgagni qu'il avait tant médité, s'est livré à quelques réflexions sur le diagnostic différentiel de l'allongement du col d'avec la chute de l'utérus. Mais, comme nous le démontrons plus bas, le peu de mots qu'il en a dit est plus propre à propager l'erreur qu'à la dissiper.

Dans le peu de mots que M. le professeur Moreau nous a laissés sur ce sujet, dans son *Traité pratique des accouchements* (Paris, 1838), on voit qu'il a suivi les mêmes errements que Désormeaux.

Ph. Boyer, dans les notes qu'il a ajoutées à la 5e édition de l'ouvrage de son père, publié en 1846, en a rapporté deux exemples auxquels il a appliqué avec raison la résection du col. Il a aussi fait connaître quelques caractères de cette affection.

(1) *Traité des maladies de l'utérus.* Atlas, planche XI.
(2) *Traité de chirurgie*, traduction de J. Pigné, t. I, p. 443.

Digitized by Google

Les professeurs Virchow et Scanzoni se sont occupés, dans ces derniers temps, de cette maladie : le premier, sous la dénomination de prolongement en forme de trompe ou de polypes des lèvres de l'orifice ; le second, sous celui d'hypertrophie primitive.

Cette affection peut exister passagèrement pendant la grossesse et être le résultat de l'hypernutrition dont l'utérus est le siége à cette époque, comme Leroux (de Dijon) en a rencontré quelques cas; mais le plus ordinairement on l'observe chez les femmes hors l'état de gestation : c'est d'après les faits observés sur ces dernières que nous allons en donner une description.

Les caractères physiques et anatomo-pathologiques de la maladie sont les suivants : — Elle se présente sous la forme d'une tumeur allongée, cylindroïde, conoïde ou ovoïde, dont la longueur varie de 4 à 7 centimètres, suivant qu'elle est en voie de développement ou qu'elle est arrivée à la dernière période de son évolution. En général, chez les filles et chez les femmes encore jeunes qui n'ont pas eu d'enfants, elle affecte la forme d'un conoïde très allongé et régulier, dont la base répond à l'insertion du vagin ; le sommet est arrondi, légèrement convexe et percé à son centre d'une petite ouverture circulaire, en étoile, ou dirigée transversalement. Au contraire chez les vieilles femmes, et chez celles qui ont eu plusieurs enfants, elle se rapproche le plus souvent de la forme cylindrique. Le sommet de la tumeur est en général plus irrégulier que dans le cas précédent; il offre distinctement les deux lèvres du col plus développées, et la fente qui les sépare est plus prononcée, ou il présente deux, trois et quelquefois quatre mamelons au centre desquels se trouve une ouverture dont l'aspect varie à l'infini. Il peut même arriver que ce sommet (partie libre) soit plus volumineux que la base de la tumeur, ce que j'ai vu une fois, et il est bon d'être bien prévenu de ce fait afin de ne le pas prendre pour un polype du col. Lobstein en a décrit un cas trop curieux pour que je ne le rapporte pas ici ; il dit, tome Ier, page 57 : « Le col de l'utérus a une longueur de » trois pouces une ligne ; en descendant il s'élargit, et sa cavité se dilate, ce » qui lui donne à sa partie inférieure une largeur d'un pouce sept lignes. » Au premier aspect on dirait que cette pièce est composée de deux » matrices qui se touchent par leurs cols : on n'y découvre aucun chan» gement de tissu. » Ce fait dans lequel la portion sus-vaginale de l'utérus

Digitized by Google

n'avait éprouvé aucun développent hypertrophique, vient aussi confirmer la division que nous avons établie au commencement de ce travail. Les changements physiologiques qu'éprouve l'utérus par suite des progrès de l'âge, ceux que les accouchements impriment nécessairement à son col, expliquent parfaitement la différence de forme de la maladie dans les deux catégories de femmes que nous venons d'établir.

Telle est la disposition générale de cet allongement, mais quelquefois la tumeur est bifide à son extrémité, et les deux lèvres utérines, supportées par une base commune, cylindrique, plus développée que celle du museau de tanche à l'état naturel, forment deux languettes flottantes, aplaties d'avant en arrière, qui recèlent entre elles l'ouverture du col de l'utérus. Cette partie ressemble dans ce cas à une mitre renversée. Chez quelques malades, surtout chez celles qui sont en même temps atteintes d'anté- ou de rétroversion, le sommet du col est recourbé en forme d'aiguière; la lèvre la plus saillante répond à la concavité. D'autres fois, c'est l'une des lèvres seulement qui est le siége du développement hypertrophique. La tumeur forme alors une pointe arrondie ou une languette épaisse au sommet de laquelle on ne trouve pas d'ouverture. L'autre lèvre est à l'état normal, mais le plus souvent atrophiée ou convertie en un croissant très mince dont la concavité est dirigée en bas et limite l'ouverture du col qui a elle-même une disposition semi-lunaire et offre transversalement 12 à 20 millimètres d'étendue. La lèvre antérieure m'a paru être plus souvent le siége de cette affection que la postérieure. La lèvre ainsi hypertrophiée présente vers sa base, sur la face qui correspond à l'orifice de l'utérus, les caractères de la surface interne du col; l'aspect est rouge, villeux, l'épithélium plus mince; on y voit manifestement les follicules muqueux et leurs ouvertures plus ou moins développés et remplis de mucus transparent, ainsi que quelques saillies de l'arbre de la vie (voy. pl. I^re^, fig. 4 et 5). Il est évident que les forces nutritive et expansive, unies au poids de la lèvre développée, ont transporté au dehors une partie de la face interne de l'utérus; dans quelques circonstances c'est la traction de la paroi vaginale correspondante qui produit cet effet.

Cette partie hypertrophiée de la matrice a habituellement conservé son épithélium, sa couleur, sa consistance, sa sensibilité, en un mot tous ses caractères normaux, moins la forme et le volume.

Digitized by Google

Le tissu propre de l'utérus n'a subi aucune altération, seulement les vaisseaux, et plus particulièrement les artères profondes, c'est-à-dire celles qui se ramifient dans l'épaisseur de la substance utérine, sont plus développés. J'en ai disséqué qui avaient jusqu'à 1 1/2 millimètre et 2 millimètres de diamètre. Les veines du tissu utérin, ainsi que celles du plexus vagino-utérin et ovarique dans lequel elles se rendent, sont volumineuses, dilatées et gorgées de sang. Les follicules muqueux qui avoisinent l'ouverture du col, et qui dans l'état ordinaire sont à peine visibles, sont hypertrophiés, dilatés; leur orifice excréteur est plus ou moins agrandi ; mais ils ne sont pas altérés, au moins dans l'immense majorité des cas.

Cet état peut être compliqué d'inflammation aiguë ou chronique, d'exulcération, de folliculite, de kystes folliculaires, d'hypersécrétion simplement muqueuse ou muco-purulente, de tumeurs fibreuses, de déviations, d'abaissement et de descente de la matrice, mais jamais, que je sache, de chute complète ou de précipitation de cet organe, ce qui ne veut pas dire que ce cas ne se rencontrera pas. Il se serait même déjà présenté à l'observation de Dugès et Boivin d'après les deux premières figures de la XI• planche de leur atlas, figures qui sont dans le texte sans explication ni description, et qui sont désignées sous les noms de : « *élongation, prolongement du col de l'utérus, sa forme aplatie, et prolapsus de cet organe.* » Il ne faut pas oublier que dans l'ouvrage de Dugès et Boivin le mot *prolapsus* est véritablement employé comme synonyme de précipitation ou chute complète. J'ai fait reproduire ces deux figures afin que le lecteur puisse juger par lui-même et se convaincre qu'il ne s'agit que d'allongement du col accompagné de descente, et non de chute complète (voy. pl. I^re^, fig. 8 et 9). Je reviendrai au reste sur leur véritable signification, lorsque je m'occuperai de la précipitation de l'utérus.

Un fait remarquable que j'ai signalé dans l'introduction de ce mémoire, c'est que je n'ai jamais rencontré cette hypertrophie longitudinale avec celle de la portion sus-vaginale du col.

Les troubles fonctionnels que détermine cette affection à son début sont très peu importants, quelquefois il n'en existe pas du tout; et si la femme sait qu'elle n'est pas dans un état naturel, c'est parce qu'ayant porté par hasard les doigts dans les organes sexuels, elle y a senti un

Digitized by Google

corps dur qui n'existait pas autrefois. D'autres malades sont averties par un sentiment de pesanteur ou par une sensation particulière et toute nouvelle qu'elles éprouvent lorsqu'elles viennent à s'asseoir, et surtout lorsqu'elles s'asseyent vivement, brusquement. Il leur semble alors que quelque chose de l'intérieur du corps s'abaisse, vient heurter, peser sur l'ouverture de la partie, ou sur l'anus, pour remonter ensuite vers le ventre. Il est des malades qui n'éprouvent que cette dernière sensation. « Je sens, disent-elles, que quand je m'assieds, quelque chose me remonte dans le corps. » C'est là un des phénomènes les plus fréquents, et que les femmes éprouvent quelquefois longtemps avant qu'il se manifeste d'autre incommodité. Enfin, il en est qui n'éprouvent aucune de ces sensations, mais qui sont averties de la présence du mal parce que, quand elles sont debout, lorsqu'elles marchent depuis un certain temps, ou qu'elles se baissent pour saisir et porter un objet pesant, ou bien encore lorsque, étant constipées elles font des efforts de défécation, elles sentent et voient sortir par la partie une grosseur dure qui rentre spontanément sitôt que les efforts cessent ou quand elles se couchent.

L'utérus lui-même, surtout quand il est encore renfermé dans le vagin, et lorsque l'affection s'est développée lentement, sans cause connue, n'éprouve aucun trouble dans ses fonctions. La partie hypertrophiée a conservé sa sensibilité, sa chaleur naturelles; elle n'est le siége d'aucun élancement, d'aucune douleur. Les règles se font comme par le passé, et beaucoup de femmes ne se douteraient de rien, si elles ne souffraient pas dans les rapports sexuels. Quelquefois elles souffrent au point que le rapprochement des sexes est impossible. C'est un des symptômes les plus fréquents et des plus importants sous le rapport du diagnostic différentiel, car on ne le rencontre que très rarement dans l'abaissement et la descente de la matrice.

Mais, si la maladie s'est développée rapidement, à la suite d'une métrite intense, d'un accouchement laborieux ou d'une chute d'un lieu élevé, qui a été l'occasion d'une inflammation très aiguë et d'un ébranlement considérable des organes pelviens; si la partie hypertrophiée fait saillie au dehors, il arrive le plus souvent que les fonctions de l'utérus soient troublées. Les règles sont supprimées pendant un temps plus ou moins long, ou bien elles sont plus rapprochées, durent plus

Digitized by Google

longtemps. Quelques femmes éprouvent de véritables pertes. Celles qui n'avaient qu'un écoulement muqueux, catarrhal, résultat de l'hypersécrétion et de l'hypertrophie des follicules du col, voient cet écoulement, d'incolore ou de jaunâtre qu'il était, devenir sanguinolent. Lorsqu'elles marchent ou restent longtemps debout, elles éprouvent des douleurs sourdes ou de véritables élancements dans l'utérus, et principalement dans la portion sortie qui se tuméfie, devient brûlante et laisse quelquefois suinter du sang.

Si la femme persiste à rester debout, les phénomènes morbides s'étendent de l'utérus aux parties qui ont avec lui des connexions plus ou moins directes. C'est alors qu'elle éprouve des tiraillements, une chaleur vive, des douleurs dans les lombes, dans l'abdomen, dans les cuisses, surtout en avant; quelquefois il se manifeste des tranchées très vives; le ventre se tuméfie; la respiration devient difficile, et la malade est obligée de s'asseoir ou de se coucher pour faire cesser ces accidents. La vulve elle-même surexcitée peut devenir le siége de gonflement, de chaleurs insupportables.

Les fonctions vésicales sont, en général, peu troublées. Chez quelques femmes seulement la miction est devenue plus fréquente. — Les fonctions du rectum sont plus souvent gênées. En outre du sentiment de pesanteur, de pression sur l'anus dont j'ai déjà parlé, il n'est pas rare que la femme éprouve une constipation opiniâtre et une grande difficulté pour rendre les matières fécales qui s'accumulent dans l'intestin au-dessus du point comprimé par le col. J'ai connu une malade (voy. obs. 4) qui, pour exécuter la défécation, était obligée de se renverser fortement en arrière. Les fonctions recto-vésicales sont encore plus souvent et plus profondément troublées lorsque avec un allongement hypertrophique du col il existe une anté- ou une rétroversion. J'ai vu trois fois déjà une rétention d'urine complète déterminée par cette cause qui avait été méconnue.

Lorsque les malaises, les souffrances que nous venons de signaler existent depuis un certain temps, ils finissent par altérer la santé générale, par réagir d'une manière fâcheuse sur l'esprit des malades, qui se tourmentent et s'inquiètent d'autant plus que souvent les moyens thérapeutiques qui ont été conseillés n'ont amené aucun résultat; que ces femmes sont souvent obligées de rester couchées pendant un temps

Digitized by Google

plus ou moins long, de suspendre l'exercice de leur profession, ou d'en changer à une époque de la vie où cette mutation ne s'exécute qu'avec une extrême difficulté. D'autres malades s'affligent, soit parce qu'elles se croient atteintes d'une maladie susceptible de dégénérescence grave, soit parce qu'elles sont privées de l'usage des organes sexuels et qu'elles craignent les conséquences de cette abstention forcée; aussi sont-elles prêtes à faire les plus grands sacrifices pour sortir de cet état.

Si la connaissance la plus approfondie des phénomènes que nous venons de passer en revue suffit pour reconnaître l'existence d'une affection des appareils génito-pelviens, elle ne suffit pas dans la grande majorité des cas pour dire, sans un examen local attentif, à quelle maladie particulière on a affaire; d'où la nécessité d'appliquer ici les trois grandes méthodes d'examen : le toucher, le spéculum et l'hystérométrie.

Le doigt porté dans le vagin reconnaît que ce conduit a conservé sa longueur, que son cul-de-sac est à peu près à la hauteur normale. Au lieu de trouver au fond de ce canal un mamelon arrondi, saillant, d'un ou de 2 centimètres, ayant la forme ou la consistance du col utérin, il rencontre une tumeur allongée, cylindroïde, dont le sommet descend plus ou moins bas vers l'ouverture vulvaire, ou même s'engage dans cette ouverture, et dont la base se confond, sans ligne de démarcation, sans bourrelet ni bracelet, avec la portion sus-vaginale du col. La membrane muqueuse qui enveloppe cette tumeur se continue sans la moindre interruption avec la membrane muqueuse du vagin. Si le doigt est exercé, il reconnaît sur un point de la surface du sommet une dépression ou une véritable ouverture qui est celle du col. Le plus ordinairement cet examen se fait sans douleur et sans que le doigt revienne taché de sang.

Si c'est une des lèvres qui soit seule hypertrophiée, on reconnaît une sorte de languette plus ou moins épaisse, mobile, comme flottante et aplatie d'avant en arrière. Si c'est la lèvre antérieure qui soit ainsi développée, on sent à sa base et derrière elle une ouverture étroite, en forme de croissant, dont le grand diamètre est étendu transversalement; si c'est la lèvre postérieure, c'est en avant que se trouve cette fente semi-lunaire, fente qui peut être assez étroite et assez peu pro-

Digitized by Google

noncée pour qu'il arrive quelquefois que le doigt passe dessus sans la sentir.

Enfin le col hypertrophié peut être bifide, présenter différentes altérations de forme et de structure que le doigt seul ne peut juger exactement, et il peut être alors nécessaire de recourir à l'application du spéculum.

Pour bien examiner un allongement hypertrophique du col, reconnaître ses diverses variétés et ne pas être exposé, comme nous le dirons plus bas, à le confondre avec une autre affection, il faut se servir d'un spéculum à deux ou mieux à quatre valves, qui ait un volume un peu plus considérable que celui dont on se sert habituellement, afin que la tumeur tombe facilement et entièrement dans l'aire de l'instrument; que l'œil puisse en apercevoir toutes les parties et reconnaître si la membrane muqueuse qui la tapisse se continue avec celle du vagin. Quelquefois il est nécessaire de se servir en même temps de l'extrémité de l'hystéromètre pour s'assurer de la continuité de ces deux membranes, pour ramener le sommet du col en face de l'ouverture vulvaire, pour relever une des lèvres qui masque l'orifice utérin, ou pour ne pas confondre une simple dépression circulaire ou transversale de la tumeur avec cet orifice.

L'introduction et les manœuvres du spéculum ne se font pas toujours sans un certain embarras et sans quelques douleurs, le vagin étant en partie rempli par le col ainsi développé. Le plus ordinairement le spéculum, si surtout l'on se sert d'un embout, glisse entre les parois vaginales et la tumeur. Il faut, par une manœuvre assez compliquée, faire tomber celle-ci dans l'aire de l'instrument; mais ce sont là des détails qui ne doivent pas nous occuper ici.

Dans certains cas où il peut encore exister du doute, il ne reste plus, pour terminer l'examen de l'utérus et compléter le diagnostic, qu'à recourir à l'hystérométrie. Par cette opération on acquiert la certitude que la longueur moyenne de la cavité utérine, qui est de 5 1/2 à 6 1/2 centimètres dans l'état normal et hors de l'état des règles, a subi un allongement proportionné à celui du museau de tanche. L'hystéromètre, porté dans cette cavité, pénètre à une profondeur qui varie de 8 à 13 centimètres, suivant le degré d'allongement du col, et la main gauche portée sur l'hypogastre sent que le fond de la matrice est dans sa posi-

Digitized by Google

tion naturelle. Si l'instrument pénétrait plus profondément sans que cette élongation en rendît raison, c'est qu'il existerait avec l'affection qui nous occupe une hypertrophie ou une autre maladie de la portion sus-vaginale de l'utérus.

Lorsqu'il n'y a qu'une lèvre d'hypertrophiée, la cavité n'a guère subi qu'une élongation de 2 à 2 1/2 centimètres, quel que soit le degré de développement qu'ait éprouvé cette lèvre.

Disons maintenant quels sont les caractères qui distinguent cette affection de celles qui ont avec elle le plus d'analogie. Les maladies qu'on a le plus souvent confondues avec cette hypertrophie, et que des praticiens, même très habiles, confondent encore aujourd'hui, sont l'abaissement et la descente de la matrice. Il a fallu, pour que cette erreur se propageât de siècle en siècle jusqu'à nous, que le fait de l'allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col restât généralement inconnu, et que nous fussions fatalement entraînés par la routine vers cette opinion des anciens, qui voulaient que, quand le museau de tanche descend jusque vers la partie inférieure du vagin, vers l'ouverture de ce conduit et même jusqu'à la vulve, on considérât cet état comme le résultat d'un déplacement, d'un abaissement ou de la descente de l'utérus en masse, cet organe ayant conservé ses dimensions. Cependant rien n'était plus facile à distinguer que ces deux affections de celle qui nous occupe, et de dissiper l'erreur que nous constatons aujourd'hui. Il suffisait pour cela de démontrer la possibilité de l'élongation de la portion sous-vaginale du col, de faire remarquer que, dans cette affection, le corps et le fond de l'utérus ont conservé leur place, le vagin sa longueur et sa hauteur normales, sans avoir éprouvé aucun degré d'invagination. Dans l'abaissement et dans la descente, au contraire, la totalité de l'utérus, corps et col, se sont portés vers la vulve; le vagin est raccourci; le cul-de-sac utéro-vaginal est abaissé; l'extrémité supérieure du vagin adhérente au col est renversée, invaginée dans la portion inférieure de ce conduit, et cela en raison du degré de la descente de l'utérus. Si, le doigt introduit dans les organes sexuels, on remonte la matrice à sa place et avec elle le vagin, on sent au fond de ce conduit un simple mamelon formé par le museau de tanche avec toutes ses propriétés physiques, tandis que dans l'allongement hypertrophique, lors même qu'il serait compliqué de descente de la ma-

Digitized by Google

trice, le doigt sent, lorsqu'il a remonté cet organe et rendu au vagin sa longueur, il sent, dis-je, au fond de ce conduit, non un simple mamelon, mais bien une tumeur conoïde ou cylindrique qui descend vers la vulve. Ce caractère suffirait à lui seul pour distinguer les deux affections l'une de l'autre, sans avoir recours à l'hystéromètre, qui est loin d'avoir, dans ce cas, une grande utilité, parce qu'il arrive souvent que, dans la descente de l'utérus, il y ait allongement de la cavité utérine par suite de l'hypertrophie de la portion sus-vaginale de l'organe. Dans les deux cas, il peut donc y avoir allongement de la cavité de l'utérus par un mode de développement tout à fait inverse et qu'il est toujours facile de distinguer; ce qui établit encore une différence entre les deux affections. Dans la chute de l'utérus, l'excès de la cavité est placé au-dessus de l'insertion du vagin; dans l'allongement de la portion intra-vaginale du col, il est au-dessous de cette insertion.

Cette maladie a été malheureusement confondue et pourrait l'être encore avec un polype de l'utérus descendu dans le vagin. Il suffirait pour cela que la tumeur formée par le col fût plus volumineuse à son sommet qu'à sa base, comme j'en ai vu un exemple; que l'orifice utérin fût oblitéré, ou qu'étant dévié du centre de la tumeur, il ne fût pas accessible à la vue. D'un autre côté, il ne faut pas oublier que certains polypes, principalement ceux qui s'insèrent dans le col, ont une forme allongée et conoïde; — qu'ils se confondent souvent avec l'une des lèvres et se continuent sans démarcation bien sensible avec le cul-de-sac utéro-vaginal correspondant; — que ces polypes sont souvent creux et tapissés à l'intérieur d'une membrane muqueuse; — qu'ils présentent assez fréquemment une ouverture arrondie ou fissurale qui ressemble à celle du col, et, comme celle-ci, laisse pénétrer dans la tumeur un stylet ou l'hystéromètre à une profondeur variable, laisse suinter habituellement un mucus épais, filant, et, au moment des règles, une plus ou moins grande quantité de sang (1). Voilà certes plus de caractères qu'il n'en faut pour confondre ces tumeurs avec l'allongement du col. Aussi est-il arrivé à quelques praticiens des plus haut placés dans la science de les confondre avec une portion de l'utérus.

(1) Voy. le travail que j'ai publié dans le I^er^ volume des *Mémoires de la Société de chirurgie*, sous le titre : DES POLYPES UTÉRO-FOLLICULAIRES, 1849.

Digitized by Google

Voici à quels signes on distinguera ces deux affections. Si c'est un allongement du col, quel que soit le soin avec lequel le doigt ou l'extrémité de l'hystéromètre cherche à reconnaître vers la base de la tumeur un bourrelet ou un anneau qui l'embrasse plus ou moins étroitement, il n'y réussira pas ; il ne trouvera pas davantage, sur un des points de la circonférence de cette base, soit une ouverture, soit une fissure dans laquelle il puisse s'engager pour pénétrer dans la cavité de la matrice.—Au contraire, dans le cas de polype venant de la cavité du corps ou de la partie supérieure du col, si l'on examine avec attention la base de la tumeur (pédicule), on trouvera autour d'elle l'anneau ou le bourrelet sus-mentionné embrassant et étreignant plus ou moins complétement cette base. Le doigt ou au moins l'extrémité de l'hystéromètre pourra être porté en dedans du bourrelet, et de là dans la cavité de l'utérus.

Si le polype a pris naissance dans la partie inférieure du col et se confond insensiblement avec une des lèvres, et par suite, avec la portion correspondante du vagin, on sent et l'on trouve alors du côté opposé un demi-bourrelet et une ouverture irrégulière ou semi-lunaire par laquelle l'hystéromètre pénètre dans la cavité utérine. Il n'y a que l'hypertrophie isolée d'une des lèvres du col qui puisse causer de l'incertitude. La couleur, la consistance, la forme et la sensibilité de la tumeur, qui en général ne sont pas les mêmes dans les deux cas, tireront le clinicien d'embarras.

Enfin, si le polype est creux et présente vers son extrémité inférieure un orifice qui conduise dans sa cavité, on peut introduire deux stylets ou deux hystéromètres, l'un dans la cavité du polype qui est inférieur, l'autre par l'ouverture qui est située vers le pédicule du polype, dans la cavité utérine qui est placée au-dessus de la première. — Jamais, dans un allongement du col, on ne trouve deux ouvertures et deux cavités.

Les commémoratifs, la forme, l'aspect villeux et d'un rouge vif de la tumeur ; l'absence d'un orifice à sa surface, la présence d'un bourrelet à sa base, l'absence ou la diminution de la cavité utérine, empêcheront de jamais confondre un renversement chronique de la matrice avec l'allongement du col. Si, par exception, la tumeur présentait une dépression qui, à l'œil, eût de l'analogie avec l'orifice utérin, l'extrémité de l'hystéromètre portée sur ce point lèverait tout de suite la difficulté.

Digitized by Google

Un kyste folliculaire plus ou moins allongé et développé sur cette partie ou dans le cul-de-sac du vagin pourrait bien être pris pour un développement hypertrophique de l'une des lèvres ; on reconnaîtra la tumeur kystique à sa souplesse, sa mollesse, sa fluctuation, sa grande mobilité sur sa base, et quelquefois à sa transparence (1).

Une hydropisie du col, avec oblitération plus ou moins complète de son orifice, affection très rare, il est vrai, que je n'ai jamais rencontrée que trois fois, et qui a été aussi observée par M. Jobert (de Lamballe), pourrait également être confondue avec la maladie qui nous occupe ; on la reconnaîtrait à la mollesse de sa tumeur, à sa fluctuation, à l'absence d'un bourrelet à sa base. Une simple ponction ou l'élargissement de l'orifice rétréci suffirait pour vider la tumeur et faire disparaître toute incertitude.

Il y a au Musée Dupuytren un cas d'hydropisie du col qui forme dans le vagin une tumeur allongée que Chaussier lui-même a prise pour un polype de l'utérus, et qui est inscrite sous ce nom. Cette tumeur eût pu aussi donner naissance à l'erreur de diagnostic que je signale.

Il faudrait être plus qu'inattentif pour confondre l'allongement du col avec une hernie ou un kyste du vagin, avec le renversement et l'hypertrophie d'une partie des parois de ce conduit.

Si nous nous arrêtons un instant sur les causes, le développement, la marche et la durée de cette maladie, nous voyons qu'elle appartient aux affections essentiellement chroniques qui frappent si fréquemment l'utérus ; plus chronique cependant par sa durée que par son développement, car je ne sache pas qu'elle disparaisse jamais spontanément, à moins que ce ne soit chez les vieilles femmes, où l'utérus, longtemps après la ménopause, va en s'atrophiant. Mais il faut que cette disparition soit bien rare, car Lallement a observé plusieurs fois cette lésion sur des femmes âgées, et moi-même je l'ai rencontrée deux fois dans les mêmes conditions. Chez les femmes où elle s'est développée pendant la grossesse, on comprend qu'elle disparaisse spontanément après l'accouchement, à mesure que l'utérus reprend son volume normal.

Bien que chronique de sa nature, elle peut cependant dans quelques

(1) Voy. *Kystes de la matrice*, par M. Huguier, dans *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. I, p. 249.

Digitized by Google

cas se développer assez rapidement, et, sous le rapport de son évolution, être divisée en deux espèces. Dans l'une, l'affection croît lentement, insensiblement, sans cause connue, et presque sans troubles ou sans accidents bien manifestes, jusqu'au jour où, à l'occasion d'un effort ou de toute autre circonstance, elle se révèle à la femme. Elle n'est en quelque sorte qu'une anomalie, un vice de conformation par excès de nutrition (obs. 5). Dans l'autre, elle se développe beaucoup plus promptement, dans l'espace de quelques mois, par exemple, à la suite d'une chute d'un lieu élevé qui a été suivie d'une métrite, de la suppression des menstrues (obs. 3), ou bien après un accouchement lent, difficile ou artificiel, dans lequel le col a été froissé, contusionné, déchiré, d'où il résulte une irritation et une congestion qui ont altéré le mouvement nutritif (obs. 1). De plus il ne faut pas oublier que dans de semblables circonstances l'ouverture vulvaire est plus ou moins agrandie, le vagin dilaté, affaibli, relâché; que le col, par suite de cette nouvelle disposition, n'est plus maintenu ni comprimé; qu'il s'établit autour de lui, mais surtout en bas, une sorte de vide dans lequel il s'engage et se développe tout à son aise. Il se passe ici ce que nous voyons dans les hernies épiploïques qui ne sont plus maintenues que par la peau affaiblie et amincie : l'épiploon s'hypertrophie et prend des proportions considérables. Si nous voulons bien nous rappeler les organes qui sont le plus sujets à l'hypertrophie, nous voyons ceux qui sont incomplétement fixés, qui sont faiblement maintenus dans leurs limites par les organes voisins, et qui ont autour d'eux des espaces libres ou presque libres dans lesquels ils peuvent sans aucune contrainte se prolonger. Tels sont en effet les seins, les ovaires, le corps thyroïde, la prostate, le foie, la rate, le cœur lui-même, qui se meut avec aisance et sans la moindre compression dans sa vaste poche fibro-séreuse. C'est encore à cette loi de physiologie pathologique que les parois des organes creux doivent d'être si souvent hypertrophiées.

Quelquefois la maladie semble être la conséquence d'irritations et de métrites réitérées chez des femmes dont le vagin est court et qui ont abusé des rapports sexuels; mais elle n'est jamais le résultat d'une simple action mécanique, à moins qu'elle ne soit causée par un polype ou un kyste développé sur une des lèvres du col. Elle ne peut, comme le pense Désormeaux, être déterminée par la traction du vagin, puis-

Digitized by Google

qu'elle siége au-dessous de l'insertion vaginale. La traction exercée par le vagin pourrait tout au plus allonger la portion sus-vaginale.

Le pronostic n'est pas en général très grave ; il varie au reste suivant le degré de développement auquel est arrivée l'affection, la forme qu'elle affecte, les troubles fonctionnels et les accidents qu'elle détermine. Je suis convaincu que si l'on était appelé dès le principe, ou lorsque l'hypertrophie n'est pas encore très étendue, on parviendrait à en arrêter les progrès et même à la faire rétrograder. Elle peut n'être considérée que comme une incommodité tant qu'elle ne cause pas de douleurs ni de troubles dans les fonctions de l'utérus ou dans celles des organes qui l'entourent. Elle peut être une cause de stérilité ou de dysgénésie, surtout lorsque le col est très allongé, a une forme conique et fait saillie à la vulve ; plusieurs de nos malades ont mis pour nous cette opinion hors de doute, et le fait suivant, observé par Dupuytren, vient presque la confirmer. « Une femme âgée de vingt-six à vingt-huit ans, bien constituée, vint, accompagnée de son mari, consulter M. Dupuytren, pour apprendre la cause de la stérilité à laquelle elle se trouvait sujette depuis huit ans de mariage. Ce professeur, après avoir introduit le doigt indicateur dans les parties sexuelles, rencontra à l'entrée de la vulve un corps cylindroïde, qu'une légère exploration fit reconnaître pour un prolongement anormal du col de l'utérus ; et dit à cette femme qu'elle portait en elle-même la cause de sa stérilité, mais qu'il était facile d'y remédier à l'aide d'une opération. La partie du col qui s'était prolongée contre nature fut retranchée, en ne laissant au col que sa longueur naturelle. Cette opération ne fut suivie d'aucun accident que de l'écoulement de deux ou trois palettes de sang, contre l'effusion duquel aucun moyen ne fut mis en usage. Le succès répondit à l'attente de ces deux époux, et deux mois après cette femme devint enceinte (1). » Cependant M. Malgaigne me disait tout récemment qu'il connaissait une personne qui est devenue enceinte dans cette condition. Il en fut de même chez les malades qui font le sujet des observations 1 et 5.

Lors même que cette affection peut être susceptible de devenir un obstacle au rapprochement des sexes, ce n'est là qu'une circonstance

(1) *Sur l'agénésie, l'impuissance et la dysgénésie*, par F.-G. Dumont. Thèse, Paris, 1830, n° 223, p. 68.

Digitized by Google

de peu d'importance, si la femme approche de la ménopause ou si elle se trouve dans des conditions où ce rapprochement lui soit interdit. Il n'en serait plus de même d'une jeune femme mariée, dont le repos et tout l'avenir pourraient être brisés par cette circonstance. Chez quelques femmes, c'est véritablement une affection très sérieuse en raison des accidents qu'elle cause, de la réaction qu'elle exerce sur leur esprit et de la fâcheuse influence qu'elle a sur l'exercice de leur profession, à laquelle elles peuvent être forcées de renoncer dans les conditions sociales les plus difficiles. Aussi le praticien doit-il, dans ce cas, faire tout ce qui dépendra de lui pour faire cesser cet état.

Les moyens que l'art se propose d'employer pour pallier ou guérir cette maladie varient suivant une foule de circonstances. La malade est-elle âgée, peu incommodée par cet allongement du col, il faut se garder d'aucun traitement actif. On se bornera à conseiller quelques injections, quelques lotions rafraîchissantes et des précautions hygiéniques. Si l'affection est encore à son début, si elle succède à une inflammation dont il reste des traces, on aura recours aux petites émissions sanguines locales sur le col même, le périnée ou l'hypogastre, suivant les indications ; aux injections vaginales émollientes et rafraîchissantes d'abord, et plus tard plus ou moins astringentes et toniques ; aux petits lavements froids matin et soir : ces lavements devront autant que possible être gardés ; aux légers révulsifs sur la peau, au repos, au décubitus dorsal, le bassin étant plus élevé que le reste du corps. On n'userait des saignées générales qu'autant que la constitution les réclamerait. Si les menstrues étaient suspendues ou irrégulières, il faudrait s'attacher à les rappeler, à les régulariser. Il faut éloigner tout ce qui pourrait congestionner, exciter ou irriter l'utérus.

Si, après avoir employé ces moyens pendant un certain temps et détruit l'irritation ainsi que l'inflammation, la maladie reste stationnaire ou continue à faire des progrès, on aura recours à la cautérisation soit avec le nitrate d'argent, le caustique de Vienne solidifié (Filhos), l'acide nitrique, le nitrate acide de mercure très concentré, ou même à la cautérisation avec le fer rouge, si elle n'effraye pas trop la malade ; car il ne faut pas oublier qu'à part les accidents qu'elle peut quelquefois déterminer par son action locale et immédiate, elle peut être suivie d'accidents fort graves chez les femmes nerveuses et très craintives.

Digitized by Google

Ces cautérisations conviennent surtout lorsque avec un certain degré d'hypertrophie, un allongement de 2 ou 3 centimètres au plus, il existe un engorgement, un ramollissement, un état fongueux ou variqueux du col. A leur action cathérétique et caustique, elles ajoutent une action résolutive bien connue, et qui, dans le cas que nous supposons, est très salutaire. Souvent nous avons ainsi fait disparaître de légères hypertrophies compliquées d'engorgement. C'est là une pratique qui aujourd'hui n'a rien de nouveau, et que M. Jobert (de Lamballe) a heureusement mise en usage et vulgarisée. Mais il faut bien se rappeler que ces cautérisations, même les plus énergiques, n'ont qu'une action destructive très bornée; qu'elles mortifient tout au plus une épaisseur de 3 ou 4 millimètres de tissu à chaque application ; qu'elles ne peuvent convenir en conséquence pour les allongements hypertrophiques simples qui ont de 5 à 7 centimètres d'étendue. Ici l'action résolutive des caustiques serait nulle, et l'action destructive tout à fait insuffisante. Il faudrait y revenir un trop grand nombre de fois pour obtenir un résultat avantageux; le traitement serait d'une durée décourageante, sans compter qu'à force de tourmenter ainsi la partie, on pourrait bien causer quelque inflammation grave ou déterminer une dégénérescence organique des tissus. Et lors même que l'on n'aurait pas ces accidents à craindre, je suis convaincu par l'expérience de faits analogues que le plus souvent on ne réussirait pas à détruire, par cette méthode, l'excès de longueur du col, parce que l'excès de la force assimilatrice, qui est le cachet propre de cette affection, reproduirait, dans l'intervalle de chaque cautérisation, presque autant et peut-être plus de tissu qu'on en aurait détruit.

Ainsi donc la cautérisation ne convient qu'aux hypertrophies de peu d'étendue, qu'elles soient simples ou compliquées, mais surtout à ces dernières.

Les pessaires, qu'on a si souvent conseillés et appliqués contre cette maladie, lorsqu'on la confondait avec une descente de matrice, sont inutiles ou dangereux. Aussi plusieurs des malades que nous avons observées, et auxquelles on les avait conseillés, ont-elles été obligées d'y renoncer. Il en fut de même pour les deux vieilles femmes que j'ai vues dernièrement à la Salpêtrière et dont j'ai déjà parlé.

Quand un allongement hypertrophique du museau de tanche déter-

Digitized by Google

mine des accidents ; quand il a résisté aux moyens que nous venons de passer en revue ; ou bien lorsqu'il se présente à une période très avancée de son évolution, offrant une longueur de 5 à 7 centimètres, il n'y a qu'un moyen à employer : c'est la résection du col à un demi-centimètre environ au-dessous de l'insertion du vagin. A plus forte raison, devrait-on pratiquer cette opération si l'élongation était compliquée de kyste, de tumeur fibreuse ou d'une dégénérescence de son extrémité inférieure. Si nous n'avons pas eu plus souvent recours à cette opération, c'est parce que nous ne l'avons jamais pratiquée que quand il existait des accidents sérieux qui résistaient aux autres moyens.

On doit d'autant moins hésiter à recourir à cette ablation, qu'elle est prompte, facile, peu douloureuse, presque toujours, pour ne pas dire toujours innocente, qu'elle débarrasse sûrement et presque instantanément les malades de leur affection. Le seul accident contre lequel on doive se tenir en garde, c'est l'hémorrhagie primitive, à laquelle il est toujours facile de remédier, surtout aujourd'hui que nous possédons le perchlorure de fer et que l'opération peut être pratiquée avec l'écraseur linéaire. J'ai vu pratiquer et j'ai pratiqué moi-même, pour diverses affections, un bien grand nombre de fois cette opération, sans suites graves, et je ne pourrais pas en dire autant de la cautérisation avec le fer rouge.

Je n'entrerai dans aucun détail opératoire, le manuel étant soigneusement décrit dans tous les ouvrages de chirurgie. Je ferai seulement observer que je commence les incisions sur le col à un demi-centimètre environ au-dessous de l'insertion du vagin, afin d'être moins exposé à blesser ce conduit et de ne pas affaiblir cette insertion qui, si la femme devenait enceinte, serait plus disposée à se rompre pendant le passage de l'enfant, ou dans les manœuvres d'un accouchement artificiel. Si je préfère, en général, pour pratiquer cette opération les instruments tranchants à l'écraseur linéraire, c'est parce qu'avec eux l'opération est prompte, peu douloureuse sans le chloroforme, et qu'elle n'est suivie, dans la grande majorité des cas, que d'un écoulement de sang facile à arrêter. Avec l'écraseur linéaire elle est longue, affreusement douloureuse, si l'on n'emploie pas le chloroforme. Il ne faut pas oublier que c'est un étranglement, et un étranglement qui porte sur une partie qui reçoit des nerfs de la vie organique, plus peut-être que de la vie animale ; que

Digitized by Google

la douleur, dans ce cas, est syncopale comme dans une hernie étranglée; qu'elle porte tout de suite une grande perturbation sur les centres nerveux, sur les fonctions du cœur et du poumon. C'est ce que prouve au reste l'histoire de l'art, qui montre que chaque fois que, par suite d'une erreur de diagnostic ou opératoire, on a posé une ligature sur le col de l'utérus, croyant la placer sur le pédicule d'un polype, il y a eu immédiatement une douleur atroce et des accidents nerveux généraux. Or, il faut autant que possible se dispenser du chloroforme dans les opérations et affections qui, par la nature de la douleur qu'elles causent, portent à la syncope.

Enfin il est assez difficile de placer convenablement sur le point indiqué, au fond du vagin, l'anse de l'écraseur. On peut de plus justement craindre, si surtout il existe un relâchement de la partie supérieure des parois vaginales, de comprendre une portion de ces parois, et même de pincer la vessie ou d'ouvrir le péritoine. Ces deux accidents sont arrivés dans un cas emprunté à la clinique de Langenbeck, où l'on se servit de cet instrument pour enlever une tumeur épithéliale du col. La malade mourut au troisième jour. On trouva à l'autopsie une perforation de la vessie et du péritoine.

Le seul avantage réel qu'offre l'écraseur, c'est de mettre la femme plus sûrement à l'abri d'une hémorrhagie. Or nous n'avons jamais vu aucune femme succomber à sa suite, et elle peut toujours être arrêtée par les astringents simples, les astringents caustiques et le tamponnement de l'entrée du vagin. Cependant, malgré ces observations, si la base de la tumeur était volumineuse, pourvue de plusieurs artères dont on sentît les battements; si la malade était chlorotique, d'une constitution à laquelle la perte d'une certaine quantité de sang pût nuire, on ferait bien de se servir de l'écraseur.

La seule recommandation importante sur laquelle je ne saurais trop insister, quelle que soit la méthode que l'on suive, c'est d'amputer le col de l'utérus sur place, au fond du vagin, sans chercher à l'amener avec effort vers la vulve. Il faut, si l'on ne veut pas avoir d'accidents inflammatoires consécutifs, éviter tout tiraillement des ligaments utérins. En cela je m'éloigne entièrement de la pratique de Dupuytren, de Lisfranc, de Kivisch, etc., qui veulent qu'on amène par des tractions l'utérus le plus près possible de l'ouverture vulvaire.

Digitized by Google

Je vais maintenant rapporter quelques-uns des faits que j'ai observés, et de l'analyse desquels ressort, en partie, la description que je viens de donner. Ils serviront en même temps à démontrer l'utilité et l'innocuité de la résection de la partie malade du col. Je terminerai en rappelant des faits semblables et tout aussi concluants, tirés de la pratique de plusieurs de mes collègues. Je n'ai fait dessiner que les allongements les plus curieux qui peuvent servir de type comme développement et comme espèce.

OBSERVATION I. — *Allongement conoïde considérable de la portion sous-vaginale du col pris par plusieurs médecins pour une descente de la matrice. — Pessaires nuisibles.* — Pl. I, fig. 1 et 2, dessins de M. Guérineau.

Le 12 mars 1844, entra dans mon service de l'hôpital de Lourcine, salle Saint-Louis, n. 36, la nommée Porr... (Ann...), âgée de trente-sept ans, ouvrière, pour se faire traiter d'une descente de la matrice.

Cette femme, d'une forte constitution, ordinairement bien portante et bien réglée, rapporte qu'il y a douze ans elle accoucha pour la première fois. Ses couches furent très difficiles, puisqu'après quarante-huit heures environ de vives souffrances, on fut obligé d'appliquer les fers, et que l'enfant mourut pendant les tractions. — Suites de couches douloureuses, malaises, gêne et sentiment pénible de la partie. — Six mois après, en faisant un effort violent pour soulever un matelas, elle sentit sa matrice s'abaisser et quelque chose de dur et de pointu sortir entre les lèvres. Mais comme elle ne souffrait pas, elle ne fit aucun traitement. Elle se contenta de maintenir la partie avec un tampon de linge fixé par un chauffoir. C'était surtout pendant les règles que la matrice avait de la tendance à sortir et avait besoin d'être soutenue. La malade avait seulement des flueurs blanches et de fréquentes envies d'uriner.

Sept ans après elle eut un second enfant. Cette fois la grossesse, l'accouchement et les suites de couches se passèrent de la manière la plus heureuse. Sa maladie n'en fut pas sensiblement accrue.

Depuis deux ans, étant obligée de se livrer à des travaux plus pénibles que par le passé, elle vit les flueurs blanches augmenter, les besoins d'uriner et le malaise devenir plus fréquents. Lorsqu'elle restait debout ou faisait des efforts, depuis longtemps, il lui sortait par la partie une petite grosseur qui devenait douloureuse.

A diverses reprises elle consulta plusieurs médecins qui tous lui dirent qu'elle avait une descente de la matrice. Plusieurs pessaires de formes différentes furent essayés non-seulement inutilement, mais avec désavantage; tous la firent souffrir, et elle fut obligée d'abandonner ce moyen. Ces jours derniers, après des fatigues de tout genre, elle souffrit plus que d'habitude, ce qui la détermina à entrer à l'hôpital.

État actuel, 13 *mars*. — Douleurs lombaires, vulvaires et vésicales; flueurs blanches abondantes, laiteuses, non filantes. La vulve est rouge et irritée. Si l'on engage la malade à faire un effort, on voit paraître sous l'orifice inférieur du vagin un corps allongé, conoïde, pointu à son extrémité libre, qui ressemble assez bien à un pénis dont le gland serait peu prononcé. Il est percé d'une ouverture étroite qui offre 7 millimètres d'étendue transversalement. Lorsqu'on introduit le doigt dans le vagin le long de ce corps, il remonte à une hauteur considérable,

Digitized by Google

surtout en arrière, avant de rencontrer le cul-de-sac vaginal. Au lieu de trouver au fond de ce conduit le mamelon formé par le museau de tanche, le doigt rencontre la base du corps charnu, le long duquel il peut redescendre vers la vulve jusque sur l'extrémité libre du même corps, dont la consistance est la même que celle du tissu de l'utérus et auquel le conduit vulvo-utérin forme une espèce de fourreau. Placé dans l'aire du spéculum bivalve, on peut voir que sa base se continue sans ligne de démarcation aucune avec l'extrémité supérieure du vagin, et qu'il offre une longueur de 7 centimètres. Un simple stylet, introduit dans l'ouverture qu'il présente, pénètre dans la cavité utérine à 11 1/2 centimètres passés de profondeur. Il est alors plus que facile de reconnaître et de s'assurer que le fond et le corps de la matrice occupent à peu près leur position normale, et que l'affection qu'on avait prise jusqu'à ce jour pour une descente de la matrice était un allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col.

Le toucher rectal vint confirmer cette appréciation; deux doigts introduits dans le rectum et dirigés en avant rencontrent la base du corps parcouru par le stylet, et reconnaissent qu'il se confond avec le corps de l'utérus, dont le fond, un peu saillant dans l'intestin, est à sa hauteur naturelle. Les mouvements imprimés à l'instrument sont communs et suivent la même direction. L'instrument enlevé, les doigts restant dans le rectum, je conseille à la malade de faire un effort comme pour aller à la selle, et je sens à mesure que le sommet du cône intravaginal s'abaisse et vient se présenter vers la vulve, que le fond de la matrice suit le même mouvement.

Prescription. — Repos au lit, grand bain, lotions et injections vaginales émollientes; tisane d'orge, chiendent et réglisse, trois portions d'aliments.

Les jours suivants le même traitement est continué, seulement le grand bain est remplacé par un bain de siége qui est administré tous les jours. La malade est beaucoup mieux.

Le 21, apparition des règles qui durent cinq jours. Tout traitement est cessé.

Le 23, examen. Le col de la matrice descend un peu plus bas, il est un peu plus enflé et sensible que les jours précédents, un sang noirâtre et à moitié coagulé s'écoule par son ouverture.

Le 27, nouvel examen. Les règles ont complétement cessé, il existe un léger écoulement blanc et peu épais. — Injections astringentes avec une décoction de racine, de bistorte et de ratanhia; bain de siége froid; iodure de potassium, 2 grammes par jour.

Le 30, la malade se plaint d'être échauffée. Prescription d'une bouteille d'eau de Sedlitz; 40 centigrammes de seigle ergoté par jour en huit pilules, une toutes les deux heures.

Le 17 avril, la malade, se trouvant bien, demande sa sortie : le volume du col de la matrice est le même; les flueurs blanches ont disparu, ainsi que les rougeurs et l'irritation vagino-vulvaires. Je lui conseille de continuer l'usage de l'iodure de potassium et du seigle ergoté.

Cinq mois après, la malade se présente à ma consultation pour des accidents semblables à ceux qui l'avaient amenée à l'hôpital la première fois. Je lui propose de l'admettre de nouveau, et de lui enlever la grosseur qui se présente à la partie et qui est la cause de ses souffrances. Elle refuse. Une prescription lui est faite, et je n'en entends plus parler.

De cette observation il résulte les faits suivants, qui ont une grande importance au point de vue pratique. L'existence d'un allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col qui a été pris pendant longtemps pour une descente de matrice; allongement qui s'est développé à la suite d'un accouchement long et laborieux, dans lequel le col

Digitized by Google

a été altéré; qui ne s'est révélé matériellement à la malade que six mois après l'action de la cause principale, à l'occasion d'un effort dans lequel elle sentit quelque chose de dur qui se présentait à la partie ; mais elle n'éprouva ni douleur, ni craquement, comme l'éprouvent ordinairement les femmes qui, à l'occasion d'un effort violent, sont tout de suite atteintes d'une descente de la matrice. Pas de douleurs le lendemain, ni les jours suivants; c'est ce qui établit encore une légère différence entre cette affection et la descente, qui survient tout d'un coup à la suite d'une chute ou d'un effort brusque et violent. La malade ne peut supporter l'usage des pessaires, autre différence. Un second accouchement, mais cette fois naturel, n'a pas aggravé la position de la malade. C'est souvent le contraire dans la descente utérine, bien que la grossesse et ses suites aient été conseillées par quelques praticiens comme propres à guérir cette dernière affection. L'usage des fondants et des modificateurs pendant deux mois, tant à l'hôpital qu'en ville, n'a en rien modifié le volume de la tumeur.

OBSERVATION II. — *Allongement de la portion sous-vaginale du col qui a la forme d'un œuf légèrement aplati d'avant en arrière, le reste de l'utérus ayant conservé ses dimensions normales. Rétroflexion, petit polype cellulo-vasculaire.* — Observation recueillie par M. Martineau, interne à la Salpêtrière, dessin de M. Launay. — Pl. I, fig. 10.

Big... (femme Bru...), âgée de quarante-deux ans, entrée à la Salpêtrière, service de M. Falret, le 4 janvier. Cette femme a présenté pendant tout son séjour à l'hospice les symptômes de la paralysie générale progressive.

A son entrée, on constate qu'elle est atteinte d'une descente de la matrice ; le col utérin était à peu de distance de la vulve.

Pendant son séjour on remarque qu'elle est sujette à des métrorrhagies abondantes, revenant au moins deux fois par mois.

Elle n'a pas eu d'enfants.

Cette femme succomba le 1er février 1859, par suite de sa paralysie générale progressive, A l'autopsie, on constate toutes les altérations anatomiques de cette espèce de paralysie; en outre, à l'examen des organes génitaux, on trouve la disposition suivante : on aperçoit faisant saillie à la vulve, une tumeur conique présentant une ouverture transversale à son sommet. Il est facile de reconnaître que cette tumeur est formée par le col de l'utérus.

Le doigt, porté dans le vagin, se trouve arrêté, après une introduction de 6 à 7 centimètres, par le cul-de-sac vaginal. En parcourant ce cul-de-sac, on peut faire le tour de la tumeur.

Le doigt, porté particulièrement dans le cul-de-sac antérieur, ne peut sentir le corps de l'utérus ; mais porté dans le cul-de-sac postérieur, il perçoit en arrière le corps de l'organe.

A l'examen de la cavité pelvienne, on voit que le corps de la matrice n'a pas sa direction normale ; son fond, dirigé en arrière, appuie sur le rectum, de telle sorte que la face antérieure de l'utérus regarde en haut et un peu en arrière.

Digitized by Google

Les organes génitaux étant enlevés de dedans le bassin et la paroi postérieure du vagin étant fendue sur la ligne médiane, on voit que la portion intra-vaginale du col (museau de tanche) est le siége d'une hypertrophie longitudinale; elle forme une saillie allongée qui a la forme d'un œuf légèrement aplati d'avant en arrière. En avant elle a une longueur de 4 centimètres; en arrière elle présente 5 centimètres, ce qui tient à l'insertion du vagin qui a lieu plus haut dans ce point.

Le diamètre transversal mesuré à la base de cette saillie, c'est-à-dire au niveau de l'insertion vaginale, est de 4 centimètres; l'épaisseur est de 3 centimètres; le sommet présente une petite ouverture transversale qui a 5 à 6 millimètres d'étendue; cette ouverture se fait au fond d'une fente qui divise transversalement le sommet de la tumeur en deux petites lèvres, une antérieure et une postérieure. Toute la surface de cette saillie présente des plis radiés longitudinaux, et quelques légers plis obliques. Elle est d'un rouge violacé, sa consistance, l'aspect de son tissu est normal. La membrane muqueuse, à part la congestion, est saine. La portion sus-vaginale du col a, comme on peut le voir en jetant un coup d'œil sur le dessin (pl. I, fig. 10), conservé tous ses caractères normaux, de telle sorte que, immédiatement au-dessus de l'insertion du vagin, le col semble se rétrécir tout à coup; elle présente en arrière quelques plis à direction transversale, ce qui tient à ce qu'il existait une rétroflexion.

Le corps offre sa disposition normale, il est même un peu petit, comme l'est au reste celui d'une femme adulte qui n'a pas eu d'enfants.

La hauteur de la portion sus-vaginale du col et celle du corps de l'organe sont de 5 centimètres 1/2, ce qui, avec celle de la portion sous-vaginale, donne en totalité à l'utérus une longueur de 9 centimètres 1/2.

Cavité utérine. —L'arbre de vie est très prononcé, très saillant, et se continue jusque vers le milieu de la hauteur de la cavité du corps. La cavité du col, portion sous-vaginale, est un peu plus large qu'à l'état sain. Vers le milieu de sa hauteur, on trouve inséré sur le bord gauche un petit polype celluio-vasculaire et muqueux qui a le volume et assez bien la forme d'un pepin de pomme. L'épaisseur des parois de toute la portion de l'utérus qui est au-dessus de l'insertion du vagin est la même qu'à l'état sain.

Les trompes sont adhérentes aux ovaires par suite d'une ancienne péritonite. Les ligaments larges, les ovaires, les trompes sont le siége d'une forte congestion, ainsi que l'ensemble de l'utérus. En pressant sur les parois incisées de cet organe, on en fait sortir du sang noirâtre et liquide. Tout le système veineux du vagin, du col et du corps de l'utérus est très développé. On observe particulièrement sur chacun des bords de l'organe deux très grosses veines flexueuses et qui présentent çà et là des renflements. Ces veines ont, dans la plus grande partie de leur étendue, le volume d'une plume ordinaire à écrire.

Le système artériel est aussi plus développé qu'à l'état physiologique, les ovaires sont volumineux et aussi congestionnés.

Ce fait d'anatomie pathologique présente cette disposition très remarquable qu'à part la portion intra-vaginale du col de la matrice, tout le reste de l'organe a conservé son volume naturel, l'hypertrophie cesse immédiatement au-dessus de l'insertion du vagin. Il vient justifier pleinement la division, non-seulement pratique, mais pathologique, de notre travail en deux parties; il en est de même, comme nous l'avons vu, du fait décrit et représenté par Lobstein.

Digitized by Google

OBSERVATION III. — *Allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col et de la lèvre antérieure qui renferme vers son extrémité libre un petit corps fibreux du volume d'une noisette. — Résection de cette partie. — Guérison.* — Pl. I. fig. 3, 4, 5, dessin de M. Lakerbauer.

Le 1er août 1849, vint me consulter la nommée Beau..... (Lou....), âgée de quarante-deux ans, non mariée, ouvrière, née en Auvergne, habitant Paris depuis 1826. — Cette femme, qui est d'un tempérament nerveux et sanguin et qui paraît être de mœurs très pures, prétend qu'elle n'a jamais eu de rapports sexuels. Elle a depuis 1826 considérablement travaillé et veillé assise. Ce travail excessif lui fut d'autant plus pénible qu'elle n'y avait pas été habituée dès son enfance qui s'était passée dans l'aisance. Elle fut réglée à onze ans, très exactement et très abondamment pendant cinq jours; seulement lors de la mort de sa mère les règles furent suspendues pendant deux mois. Elle avait toujours été bien portante, hors quelques accidents hystériques et de la pesanteur vers les organes sexuels.

Le 6 mars 1849, elle fit une chute de la hauteur d'un étage sur le côté gauche du siége; elle avait en ce moment ses règles qui se sont arrêtées et ne sont revenues que le 4 mai. Cette réapparition des menstrues fut accompagnée d'une perte très abondante et d'une fièvre très ardente qui dura neuf jours.

Immédiatement après sa chute, la malade ne put marcher, la vulve se tuméfia, elle y sentit une grosseur, elle eut une inflammation de la matrice, le ventre se gonfla au point, dit la malade, que la respiration lui manquait et que le corps était couvert de sueurs. Retenue par une pudeur mal entendue, elle ne se fit pas visiter, elle garda le repos, prit des bains, et mit des cataplasmes sur le ventre.

A la fin d'avril, elle s'aperçut, lorsqu'elle marchait, qu'il lui sortait une grosseur de la partie, grosseur qui lui causait une irritation sur ce point. Elle éprouvait de la pesanteur, des tiraillements, des douleurs dans les reins, comme si elle était piquée par des milliers d'épingles. Elle ressentait même des maux d'estomac; elle avait des flueurs blanches abondantes, filantes et épaisses. Elle alla alors consulter un médecin qui lui dit qu'elle avait la matrice gonflée et descendue. Il prescrivit le repos et des injections alumineuses.

Le 4 mai, les règles revinrent comme nous l'avons dit, sous forme de perte qui dura pendant neuf jours. Cette perte ne put être arrêtée ni par le repos, ni par les injections froides et astringentes, elle fut accompagné pendant tout ce temps de douleurs dans le ventre et de fièvre.

Lorsque la malade était au lit, elle n'éprouvait aucune incommodité, aussi resta-t-elle couchée pendant tout le mois de juin. En juillet elle voulut reprendre son travail, mais cela lui fut impossible. Les douleurs se réveillèrent, les flueurs blanches devinrent plus abondantes, la grosseur reparut à l'entrée de la partie qui se tuméfia et devint le siége d'une chaleur très ardente qui se propageait dans le ventre, puis de la fièvre et un malaise général survinrent. Des bains émollients la soulagèrent. Elle resta dans cet état jusqu'au 1er août, époque à laquelle elle vint me trouver.

Après l'avoir examinée et reconnu l'affection dont elle était atteinte, je lui conseillai de nouveau le repos horizontal, des injections astringentes trois fois dans la journée, un bain de siége froid tous les jours, des frictions sur le sommet de la tumeur, ainsi que sur la face interne des lèvres vulvaires avec la pommade d'iodure de plomb. Tous ces moyens employés pendant un mois et demi la soulagèrent à peine: il faut dire que sa position nécessiteuse ne lui permit

Digitized by Google

pas de rester couchée. Lorsque la malade se levait, la grosseur continuait à sortir par la partie, elle éprouvait de vives tranchées, le ventre se gonflait au point de lui ôter la respiration et elle était obligée de s'asseoir. Vers le milieu de septembre, elle revint me consulter, je lui conseillai alors, vu l'inefficacité des moyens employés, mais surtout à cause de la présence d'un petit corps fibreux qui existait au sommet de la tumeur et qui, tôt ou tard, eût nécessité une opération, de lui amputer le col de l'utérus. Elle fut effrayée de l'idée de cette opération et résolut de ne pas s'y soumettre. Mais, quinze jours après, elle sentit que sa grosseur devenait de plus en plus forte, qu'elle devenait même douloureuse, s'irritait et saignait pendant la marche. Les écoulements, de blancs qu'ils étaient, devinrent sanguinolents; les douleurs de reins et de ventre augmentèrent au point de ne plus lui laisser de position tenable (ce sont ses propres expressions). Le sommeil était entièrement perdu. C'est dans cet état qu'elle vint me trouver, dans les premiers jours d'octobre, et me dire que non-seulement elle était décidée à subir l'opération, mais qu'elle la désirait ardemment.

Je l'examinai de nouveau, et je constatai que le col de l'utérus faisait au dehors de la vulve une saillie de 2 centimètres environ. Il forme, à partir de l'insertion du vagin, un cône qui a une longueur de 7 centimètres 1/2 (voy. pl. I, fig. 3 et 4). Sa base, qui est régulièrement arrondie, présente un diamètre transversal de 4 centimètres. Le sommet, qui est très allongé et arrondi, offre à peine 1 centimètre d'étendue; on n'y remarque aucune ouverture; à quelques millimètres au-dessus de sa surface inférieure, on voit, dans son épaisseur, une petite tumeur du volume et de la forme d'une noisette; elle n'est pas fluctuante. Elle est beaucoup plus élastique et plus ferme que le tissu dans lequel elle s'est développée et qui l'entoure de tous côtés. Il est facile de reconnaître que c'est un corps fibreux.

Toute la face antérieure de ce cône formé par l'allongement anormal du col est lisse, polie, régulière, et ne présente rien de remarquable, si ce n'est tout à fait à sa partie inférieure la légère saillie ovalaire formée par le petit corps fibreux. — La face postérieure, au contraire, à 4 centimètres au-dessous de l'insertion vaginale, présente une dépression semi-lunaire à concavité inférieure, et dont le grand diamètre est transversal. Au fond de cette dépression qui est limitée en arrière par un bord tranchant (lèvre postérieure amincie) est l'ouverture de la cavité du col. L'hystéromètre porté dans cette ouverture pénètre dans la cavité utérine. — Au-dessous de la dépression semi-lunaire, on observe une surface plane d'un rouge assez vif, comme dépourvue d'épiderme, et qui présente çà et là de petites saillies granuleuses; puis, enfin, le relief formé par la face postérieure du petit corps fibreux. Cette portion du cône qui descend à 3 1/2 centimètres au-dessous de la dépression semi-lunaire est formée par la lèvre antérieure du col hypertrophié et renfermant le corps fibreux dans son épaisseur.

Lorsqu'on réduit la tumeur dans le vagin, on ne peut faire remonter son sommet, dans ce conduit, qu'à une hauteur de 2 à 3 centimètres au-dessus de l'orifice vulvaire. Il y a donc, en même temps qu'un allongement considérable du col, un peu d'abaissement de l'utérus. Je prescris un bain et un purgatif, et je fixe l'opération au 12 octobre. Elle fut pratiquée en présence et avec l'aide de mon interne, M. Thomas.

Après avoir saisi l'extrémité du cône avec une pince de Museux, je la fis basculer de bas en haut et d'arrière en avant, de façon à avoir sous les yeux la dépression semi-lunaire de la face postérieure. Je fis alors une incision transversale à 1 centimètre au-dessus de cette dépression et j'incisai les tissus jusqu'à ce que je fus arrivé dans la cavité du col. Alors, par un mouvement inverse du premier, je fis porter le sommet du cône en bas et un peu en arrière, et je divisai la paroi antérieure du col jusqu'à ce que les deux incisions fussent réunies et les parties entièrement séparées.

Digitized by Google

Deux artérioles donnèrent seules du sang en jet; la malade en perdit tout au plus un verre et demi. Pansement avec des boulettes de charpie enduites de poudre de colophane. Pas d'hémorrhagie consécutive; un peu de fièvre le soir; pas d'accidents ni de fièvre les jours suivants.

Nous enlevâmes 4 centimètres de la longueur du col. Le reste, qui avait encore 2 centimètres d'étendue de plus qu'à l'état normal, suppura et s'atrophia au point que, le 15 novembre, lorsque j'examinai la malade au spéculum, cette portion ne formait plus qu'un mamelon arrondi et saillant de 1 1/2 centimètre tout au plus.

La partie enlevée (fig. 5) nous présenta à la dissection tous les caractères normaux du tissu utérin. Dans l'épaisseur de sa pointe existait un petit corps fibreux très ferme, formé de fibres blanches et nacrées, enveloppé d'une couche de tissu utérin sain. Cette couche avait de 3 à 4 millimètres d'épaisseur, suivant les points où on l'examinait. Les deux petites artères latérales du col étaient plus volumineuses qu'à l'état ordinaire.

A partir du jour de l'opération, la malade n'éprouva plus aucun des accidents que nous avons signalés plus haut. Un mois après, la malade put aller et venir et se livrer à ses occupations journalières. Les menstrues sont devenues régulières, peu abondantes, et ont duré jusqu'à l'âge de quarante-neuf ans. Aujourd'hui (juillet 1858), la malade a cinquante et un ans et est parfaitement portante du côté des organes sexuels.

Chez cette femme, le développement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col semble avoir été préparé et amené de longue main par un travail et une congestion menstruels précoces qui ont été la conséquence du développement prématuré de l'appareil utéro-ovarique. Aussi était-elle sujette à des accès d'hystérie. Deux suspensions de règles et une violente inflammation des organes sexuels à la suite d'une chute ont été l'occasion d'un accroissement et d'une manifestation rapide de la tumeur, qui s'est alors compliquée d'un léger abaissement de l'utérus, dont les fonctions commencèrent à se troubler sérieusement et à être plus tard altérées au point de causer des accidents généraux graves qui ne cessèrent qu'avec l'ablation de la partie malade.

OBSERVATION IV. — *Allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col et de la lèvre antérieure qui font saillie au dehors de la vulve. — Résection du col. — Guérison. (Recueillie par le docteur Deslauriers.)*

Madame Car....., brunisseuse, âgée de trente-sept ans, tempérament lymphatique et nerveux; nature grêle, menstruations régulières. N'a jamais eu qu'un enfant, il y a dix sept-ans : l'accouchement fut long et difficile.

En 1838, suppression des règles par frayeur, suivies de coliques, douleurs abdominales et élancements violents et profonds.

En 1846, forte contrariété au début de l'époque des règles; perte utérine pendant quinze jours, très forte pendant quatre jours; arrêt de cette perte par le repos au lit. Depuis cette époque, réapparition des douleurs abdominales et des élancements profonds.

Digitized by Google

Hernie inguinale droite réductible et maintenue avec un bandage.

Pesanteur et douleurs dans le bassin et dans le bas-ventre; besoins fréquents d'uriner, surtout lorsqu'elle est debout; lorsqu'elle a marché quelques minutes, elle ne peut plus retenir les urines, et elles s'échappent aussi involontairement lorsque la malade tousse. Flueurs blanches très abondantes, quelquefois sanguinolentes; rapports sexuels très douloureux. Digestion difficile.

En 1848, douleurs abdominales de plus en plus vives; flueurs blanches encore plus abondantes. Madame Car..... reconnaît entre les lèvres de la partie une tumeur qui jusqu'alors n'avait été sensible qu'au toucher. Retour des règles tous les quinze jours, et très abondantes; envies très fréquentes d'uriner. Fatigue extrême, surtout étant debout. Augmentation de la difficulté de digérer.

1850, époque où je fus appelé, la malade est obligée de garder le lit; elle éprouve des douleurs de tête, des douleurs dans le ventre; la hernie est sortie, mais réductible et ne cause aucune gêne. Les digestions sont tellement difficiles que la malade ne peut rien prendre; vomissements fréquents; le bouillon seul peut être supporté; fièvre céphalalgique; grande faiblesse, état anémique presque chlorotique. Constipation habituelle; dyspnée. Cataplasmes sur le ventre, frictions avec un mélange d'onguent napolitain et d'extrait de belladone; bains, lavements, pastilles de Vichy; alimentation légère, vin de quinquina, préparations ferrugineuses. Sans aucune amélioration.

Le 1er mars, la malade est soumise au toucher et visitée au spéculum. Le toucher fait reconnaître une tumeur qui se présente presque au dehors de la vulve, tumeur conique, facile à circonscrire avec le doigt, au sommet et en arrière de laquelle on sent facilement l'ouverture du col de l'utérus. Vue au spéculum, cette tumeur paraît lisse, tendue, ferme comme le col et de la couleur normale de ce dernier; elle a une longueur de 6 1/2 centimètres.

La malade est conduite chez M. Huguier, qui reconnaît une hypertrophie de la portion sous-vaginale du col et de la lèvre antérieure de cette partie. Il conseille la résection du col, moyen que je l'engage d'accepter avec d'autant plus d'empressement que sa santé, profondément altérée, n'a pu être rétablie par les nombreux traitements qui avaient déjà été employés.

L'opération est pratiquée le 15 mars 1850. Elle est facile et prompte; elle est suivie d'un écoulement de sang abondant qui est facilement arrêté par le tamponnement du vagin. La portion enlevée, qui a la forme d'un cône très allongé, présente une longueur de 6 centimètres; sa base, mesurée transversalement, a 4 centimètres; elle ne présente aucune dégénérescence organique.

Pendant six ou huit jours, écoulement de sang et de pus. Aucune complication ne survient. Les règles reparaissent à leur époque ordinaire et avant la cicatrisation de la plaie. Aussi elles furent abondantes et laissèrent de la faiblesse après elles; l'état de la malade va ensuite en s'améliorant très promptement; elle se lève le 8 avril pour la première fois. Les pesanteurs, les douleurs de ventre, les coliques disparurent promptement; les déjections alvines devinrent régulières, faciles et naturelles. Les règles redevinrent normales. A la fin d'avril, je visite la malade avec M. Huguier: la matrice est haut placée; la plaie est cicatrisée; en haut du vagin existe un petit enfoncement plissé et rougeâtre.

Le 1er mai, la malade a repris ses travaux, et sa santé est allée constamment en s'améliorant.

Le 21 septembre 1858, je suis allé faire visite à madame Car..... pour savoir en quel état elle se trouvait.

Digitized by Google

Elle avait repris de l'embonpoint, et ses forces étaient entièrement revenues. Les fleurs blanches et les pertes sanguines n'avaient plus reparu. Les règles étaient régulières; elle n'était plus incommodée par des besoins irrésistibles d'uriner; en un mot, elle était très bien portante et se félicitait beaucoup de s'être laissée opérer. Je lui demandai la permission de l'examiner : je trouvai l'utérus petit et un peu rétroversé; le col, à peine sensible, se confondait par une pente douce avec la paroi antérieure du vagin, de telle sorte qu'il n'existe plus de cul-de-sac utéro-vaginal antérieur.

Observation V. — *Allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col, et particulièrement de la lèvre antérieure qui fait saillie au dehors de la vulve. — Résection du col. — Guérison.* (Voy. pl. 1, fig. 6, 7, dessin de M. Lakerbauer.)

La nommée Del... Pic... Alb..., âgée de quarante-trois ans, couturière, vint me consulter, le 17 novembre 1850, pour une descente de la matrice (disait-elle) dont elle était atteinte depuis longtemps. Cette femme qui est grande, bien constituée, d'un tempérament nerveux et lymphatique, fut réglée à quatorze ans. Les menstrues venaient régulièrement, en avance et abondamment; elles duraient huit jours. — Mariée à vingt-deux ans, elle rapporte qu'elle s'est toujours bien portée jusqu'à l'âge de trente-neuf ans; que cependant, dès sa jeunesse, elle avait constamment éprouvé vers la partie un sentiment de poids lorsqu'elle courait, faisait un faux pas, ou était dans une voiture dure. Lorsqu'elle s'asseyait, elle éprouvait la sensation d'un ballon qui lui remontait vers le ventre. Elle a constamment souffert dans les rapports sexuels. Elle a eu son premier enfant après dix mois de mariage. L'accouchement fut long et difficile; l'enfant, dit-elle, est resté sept heures au passage sans pouvoir sortir. Pendant tout ce temps, on voyait la tête de l'enfant saillante au dehors et allongée en pain de sucre. Après cet accouchement, le sentiment du poids devint plus considérable.

Cinq ans après, à vingt-huit ans, nouvelle grossesse; écoulement blanc jaunâtre très abondant, très irritant, ayant une odeur forte et désagréable; les lèvres de la partie étaient enflammées et brûlantes; la partie supérieure des cuisses était même irritée. Elle attribue cet écoulement et l'inflammation de la vulve à une blennorrhagie que son mari aurait contractée au dehors pendant sa grossesse. Le second accouchement fut prompt et facile; la pesanteur qu'elle éprouvait vers la partie n'en fut pas accrue; elle eût été plutôt moindre.

A trente-neuf ans, violente inflammation de la matrice et de l'ovaire gauche; fièvre intense, douleurs très vives derrière le pubis, dans tout le ventre, mais surtout à gauche; douleur et pesanteur vers la partie gauche de l'entrée du vagin.

Peu à peu, sous l'influence d'un traitement émollient et antiphlogistique, ces accidents aigus se calmèrent, et ils furent remplacés par les accidents suivants, qui étaient ceux qu'éprouvait la malade quand elle vint me consulter : flueurs blanches comme du lait dont elles ont la consistance, assez abondantes pour tomber à terre lorsque la malade se met debout; d'autres fois, elles sont épaisses, jaunâtres et filantes comme du blanc d'œuf. Il y a donc, chez elle, deux espèces d'écoulements, l'un vaginal, et l'autre, le second, venant du col utérin. — Douleurs à l'entrée de la vulve et surtout à gauche; douleurs dans les lombes et à la partie antérieure des cuisses dans toute leur longueur. Il existe des souffrances dans les rapports sexuels au point de les rendre presque impossibles, d'où désaccord entre elle et son mari, tristesse et chagrins habituels et nécessité de redoubler de travail pour satisfaire aux besoins de la maison. — Les règles sont encore devenues plus abondantes et se prolongent sous forme de pertes, d'où amaigrissement et affaiblissement. — Les fonctions de la vessie ne sont pas troublées; la miction est devenue seulement un peu plus fréquente.

Digitized by Google

Il n'en est pas de même des fonctions du rectum. La malade ressent presque constamment une pesanteur sur l'anus; elle éprouve de grandes difficultés pour expulser les matières fécales; elle est obligée, pour faciliter la sortie des matières, de prendre une position particulière, de se renverser fortement en arrière, de se mettre dans une position presque horizontale. Si elle prend la position de la défécation, c'est-à-dire si elle s'accroupit et se penche en avant, l'évacuation devient très difficile et même impossible.

Lorsque la malade reste debout, marche, fait des efforts, il vient se présenter dans l'ouverture de la partie un corps dur légèrement saillant qu'elle repousse facilement dans l'intérieur en pesant dessus. — L'examen des organes, après une demi-heure de marche, permet de constater l'état suivant : grandes lèvres très développées, tuméfiées, rouges et sensibles à leur surface interne. On voit sortir de la vulve une languette épaisse, charnue, résistante, lisse, polie et luisante, aplatie d'avant en arrière. Elle a 3 1/2 centimètres de long; elle est large de 3 centimètres à sa base et de 2 à son sommet, qui descend un peu plus bas à gauche qu'à droite. Ce sommet ne présente aucune ouverture (voy. pl. I, fig. 6), il forme une espèce de bourrelet arrondi d'avant en arrière. Quelques plis de la paroi antérieure du vagin relâchée recouvrent en avant la base de cette languette.

Lorsque l'on presse sur cette tumeur, on la fait rentrer dans l'intérieur du vagin jusqu'à 3 centimètres de l'ouverture vulvaire de ce conduit; il est impossible de la faire remonter plus haut.

Le doigt porté dans le vagin, en suivant la tumeur de son sommet à sa base, remonte jusqu'à la hauteur ordinaire de ce conduit. Il reconnaît que cette base se continue avec les culs-de-sac utéro-vaginaux sans bourrelet ni interruption, et que la partie de la tumeur qui était saillante à la vulve n'est autre chose que l'extrémité libre de la portion sous-vaginale du col de l'utérus allongée. En explorant toute la surface de ce cône auquel le vagin sert de gaîne, on observe que sa face antérieure présente un plan uniforme, régulièrement allongé; — que sa face postérieure, au contraire (fig. 7), présente, vers le tiers supérieur de sa hauteur, une ouverture semi-lunaire et transversale dans laquelle l'extrémité du doigt peut s'engager. En arrière, cette ouverture est limitée par un bord tranchant à concavité inférieure; en avant, par la face postérieure de la base de la languette qui faisait saillie hors de la vulve; sur les côtés, par deux prolongements, sorte de piliers ou de colonnes, qui partent de la face postérieure et des côtés de la base de la languette pour aller se perdre insensiblement sur la face postérieure de la base du cône. Au sommet de la colonne droite on sent un renflement pisiforme, ferme et résistant (probablement un petit kyste folliculaire).

Tout le pourtour de cette ouverture, qui n'est autre que celle de la matrice, est souple, doux et comme villeux au toucher. L'hystéromètre introduit par elle dans la cavité cervico-utérine pénètre à 8 1/2 centimètres de profondeur.

La totalité de la longueur du col ainsi hypertrophié, mesurée de sa base à son sommet, est de 7 1/2 centimètres. Sur ces 7 1/2 centimètres, la lèvre antérieure, à elle seule, entre pour 5 centimètres, ce dont il est facile de s'assurer en examinant la tumeur par sa face postérieure (pl. I, fig. 7). L'application du spéculum fit confirmer tout ce que mon doigt avait senti.

Après avoir reconnu et constaté qu'il s'agissait ici d'un allongement simple du col accompagné d'un léger degré d'abaissement de l'utérus, et non d'une descente de cet organe, et sachant par expérience que tout traitement médical est inutile dans ces cas d'allongements considérables, je n'hésitai pas un seul instant, en raison des accidents que cette affection déterminait, à proposer à la malade d'enlever la portion hypertrophiée. Cette opération fut aussi tôt acceptée que proposée, et je la pratiquai, le 28 novembre 1850, en présence de MM. le doc-

Digitized by Google

teur Chambert, directeur de l'asile des Aliénés de Pau, et Foy, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis, qui m'avait adressé la malade.

Cette opération n'offrit rien de particulier; elle fut prompte et aussi simple que possible. En arrière, j'incisai presque immédiatement au-dessous de l'insertion du vagin ; en avant, j'enlevai, avec la tumeur, un pli que la muqueuse vaginale formait vers la base du col. Deux heures après environ, elle eut une hémorrhagie pour laquelle je fus appelé. L'élévation du bassin, une injection d'eau froide, un tamponnement de l'ouverture vulvaire avec de la charpie trempée dans de la poudre de colophane, suffirent pour l'arrêter. La malade n'éprouva aucun autre accident, soit primitif, soit consécutif.

Vingt jours après, elle était entièrement guérie non-seulement des suites de son opération, mais des incommodités et accidents qu'elle éprouvait. Plus de fleurs blanches, plus de pertes sanguines, plus de poids, plus de pesanteur, ni de tumeur dans l'ouverture vulvaire; plus de difficultés pour aller à la garderobe. La défécation peut s'accomplir dans la position ordinaire; les règles sont revenues au bout de deux mois et ont continué jusqu'à ce jour sans être trop abandantes (juillet 1858).

Examen de la portion enlevée (pl. I, fig. 7). — Elle a une longueur de 7 centimètres. En avant, elle ne présente rien de remarquable; aussi n'est-elle représentée que par sa face postérieure. A l'union de son tiers supérieur avec ses deux tiers inférieurs, on observe l'ouverture transversale et semi-lunaire de la cavité du col, et ce qu'il y a de plus particulièrement remarquable, c'est que, par suite du développement hypertrophique et de l'élongation de la lèvre antérieure, la partie inférieure de la cavité du col a été entraînée au dehors dans l'étendue de 2 centimètres. Toute cette partie est d'un rouge vif, villeuse, couverte d'un épithélium très mince ; elle présente les plicatures de l'arbre de vie, et dans les sillons qui séparent ces plis, les follicules muqueux de Naboth et les ouvertures de ces follicules eux-mêmes hypertrophiés et remplis d'un mucus clair et transparent. On dirait qu'un poids assez considérable a été accroché au bord libre de la lèvre antérieure et l'a entraînée en bas en attirant au dehors la surface interne de l'organe. La face interne de la lèvre postérieure a été elle-même attirée au dehors par les deux colonnes latérales et postérieures de la lèvre antérieure et l'excès de nutrition.

La petite tumeur pisiforme que l'on sentait par le toucher au sommet de la colonne droite est un follicule muqueux rempli d'un mucus épais et filant. Les artères et les veines sont plus développées qu'à l'état normal. En disséquant la tumeur, j'ai trouvé dans son épaisseur, surtout vers ses parties latérales, trois artères ayant plus de 1 millimètre de diamètre. Le reste du tissu avait conservé tous ses caractères normaux.

Lorsqu'on jette un coup d'œil rétrospectif sur les troubles fonctionnels et les accidents qu'a éprouvés cette malade, on voit que son affection a dû commencer à se développer de bonne heure et presque spontanément, sans cause bien évidente, et que son premier accouchement laborieux n'a été que l'occasion d'un accroissement plus rapide de la maladie; que le second accouchement n'a pas aggravé la position de la malade (il en a été de même chez la malade qui fait le sujet de la première observation); et que c'est surtout après une violente inflam-

Digitized by Google

mation des organes génitaux que l'allongement s'est accru en très peu de temps, au point de venir faire saillie au dehors. On voit aussi que, si l'allongement était accompagné d'un certain degré d'abaissement de l'utérus, la plupart des accidents et l'abaissement lui-même étaient dus à l'allongement; car ils disparurent immédiatement après l'opération qui rendit à l'organe sa longueur et son poids habituels.

OBSERVATION VI. — *Allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col et des deux lèvres du museau de tanche. — Ablation de cette partie. — Guérison.* (*Recueillie par M. Bonnemaison, interne.*)

Le 17 mai 1858, est entrée à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Clotilde, n° 3, une femme nommée Jonet (Marie), âgée de vingt-huit ans, née en Angleterre, demeurant rue Marcadet, 11, à Montmartre, n'exerçant aucune profession, ne s'occupant que de sa maison et de son enfant. Accouchée il y a neuf mois.

Chez cette malade, les menstrues se sont montrées pour la première fois à l'âge de dix-sept ans seulement. Elles furent toujours précédées de flueurs blanches assez abondantes, de céphalalgie hémicrânienne durant un ou deux jours, de faiblesse et de gonflement dans les jambes. Ses règles coulaient six jours avec une intensité modérée, et après leur disparition, les flueurs blanches muqueuses se montraient de nouveau avec une intensité qui allait en décroissant jusqu'à une nouvelle période menstruelle, où elles recommençaient à se montrer abondantes.

Cette malade, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, a joui d'une assez bonne santé jusqu'à l'époque de son mariage, qui a eu lieu en octobre 1856. Dix mois après, elle accouche d'un enfant bien portant. L'accouchement a été très douloureux, mais il s'est fait sans l'intervention d'aucune manœuvre spéciale; les suites de couches ont été normales : la malade est restée onze jours au lit.

Trois jours après son accouchement, en allant à la selle, elle s'aperçut, dit-elle, que la matrice s'abaissait; elle avait la sensation d'un corps pesant tendant à sortir lorsqu'elle se mettait debout, et tendant à rentrer quand elle s'asseyait. Pas de douleurs, pas d'hémorrhagies.

Depuis l'accouchement, les règles sont restées supprimées pendant quatre mois; il y a des flueurs blanches très abondantes et une constipation opiniâtre. Depuis leur réapparition, les règles sont plus abondantes qu'avant la grossesse : elles durent huit jours.

La malade, qui est adressée à M. Huguier par M. le docteur Contour, entre dans le service, parce qu'elle éprouve des pesanteurs et des douleurs, légères par intervalles, irrégulières et sans cause connue. Quand elle s'assied, il lui semble que quelque chose lui remonte vers le ventre. Elle ne peut soulever et porter son enfant sans éprouver des douleurs dans la partie et dans les reins. Les flueurs blanches sont devenues extrêmement abondantes et épuisent ses forces. Toutes les autres fonctions utérines et générales s'exécutent bien et sans aucune douleur.

Lorsqu'on introduit le doigt dans le vagin, à peine est-il arrivé à une profondeur de 5 centimètres, qu'il rencontre deux languettes flottantes, mobiles sur leur base qui repose sur une partie solide et cylindrique. C'est le museau de tanche qui s'est hypertrophié, ainsi que les deux lèvres qui sont allongées et effilées. Le tout est d'ailleurs parfaitement resté dans l'axe du vagin, ce qui explique pourquoi la miction et la défécation ne sont pas troublées.

Digitized by Google

La languette, ou lèvre antérieure du col, est plus longue que la postérieure ; elle est molle, très mobile, lisse et unie en avant ; en arrière, au contraire, elle est rugueuse et granuleuse. Ces rugosités sont plus nombreuses à sa base, vers l'orifice utérin. Dans ce point, elle offre au doigt la sensation d'un drap grenu. Elle a environ 3 centimètres de long sur 2 1/2 de large à sa base, où elle se continue avec la portion sous-vaginale du col, elle-même allongée de près de 2 centimètres.

La languette, ou lèvre postérieure du museau de tanche, est un peu moins allongée en bas que sa congénère ; mais la portion du col qui la supporte se prolonge davantage en haut et en arrière ; d'où il suit que le cul-de-sac vaginal postérieur est très profond. Sa face antérieure qui avoisine l'orifice de l'utérus, est aussi rugueuse ; sa face postérieure, qui est en contact avec la paroi postérieure du vagin, est lisse et polie. Quant à sa forme, ses dimensions et sa consistance, elle ne diffère pas de la languette antérieure.

L'examen au spéculum ne montre rien de particulier que le toucher n'ait fait connaître. La tumeur, dans son ensemble, a la forme d'une mitre d'évêque renversée.

La muqueuse qui tapisse la tumeur à l'extérieur est unie et d'un rose normal. Au dedans, c'est-à-dire sur les surfaces contiguës des languettes et vers l'orifice utérin, elle est d'un rouge vif, et offre les saillies granuleuses et folliculaires que le doigt avait constatées.

En soulevant avec l'extrémité de l'hystéromètre, la languette antérieure, on découvre l'ouverture du col de l'utérus. Les parties qui l'entourent sont d'un rouge très intense, dépourvues d'épiderme et comme veloutées. L'hystéromètre porté dans cette ouverture pénètre facilement dans la cavité de la matrice dont l'étendue, la situation et la direction sont normales. — Prescription : un bain, injections vaginales émollientes, trois portions d'aliments.

Pour arrêter les progrès ultérieurs de cette affection qui déjà, en un temps très court, avait pris un développement assez considérable, et, pour débarrasser de suite la malade qui se montre très impatiente et désire rentrer le plus promptement possible chez elle et auprès de son enfant, MM. Huguier et Contour décident que la résection du col sera pratiquée sans essayer préalablement les cautérisations qui eussent exigé beaucoup de temps et peut-être n'eussent pas réussi.

Le 26 mai, neuf jours après l'entrée de la malade, M. Huguier, en présence de M. le docteur Contour, pratique la résection de la portion sous-vaginale du col.

L'opération est prompte, très peu douloureuse ; la malade ne profère aucune plainte. Il s'écoule très peu de sang, à peine un verre. — Une boulette de charpie, munie d'un long fil et imbibée de perchlorure de fer, est placée avec de longues pinces sur la plaie du col. Trois autres boulettes sèches sont ensuite introduites par-dessus la première pour la maintenir en contact avec la plaie. Aucun écoulement de sang et aucun accident ne se manifestèrent. (Tisane de tilleul et de feuilles d'oranger ; frictions sur les jambes et les cuisses avec quelques gouttes d'huile de croton tiglium comme révulsif préventif : deux bouillons.)

Le soir, pas de douleur, pas de fièvre ; la malade se plaint seulement d'un léger mal de tête (bain de jambes sinapisé).

Examen de la partie enlevée. — A l'extérieur, c'est-à-dire sur toute la surface qui était en contact avec la face interne du vagin, tant sur la base du col que sur les languettes, l'aspect du tissu est lisse et normal ; mais sur la surface interne ou contiguë des languettes, dans les deux tiers inférieurs de leur longueur, la muqueuse, bien que saine quant à la couleur, l'épaisseur et la consistance, est soulevée par quatre ou cinq (pour chaque languette) petites granulations, du volume d'un grain de millet et remplies d'un liquide opaque et visqueux. Dans le tiers supérieur de cette même surface et sur la partie qui avoisine l'orifice utérin, dans l'étendue de

Digitized by Google

près d'un centimètre, la membrane muqueuse est rouge, hérissée de petites villosités hémisphériques et creusée de lacunes comme la muqueuse des amygdales, seulement elles sont plus petites. En aucun point de cette partie, la muqueuse ne présente d'ulcération; il n'y a que l'épiderme qui soit enlevé. Quant au tissu profond du col, il est tout à fait sain.

Le 27, la malade continue à bien aller. Pas d'hémorrhagie, pas de douleur, pas de fièvre. Les boulettes de charpie sont tombées. Les papules produites par l'huile de croton sont nombreuses et très développées; c'est la seule chose dont se plaigne un peu la malade.

Le 28, même état; aucune souffrance; pas le moindre accident : deux portions d'aliments.

Le 11 juin, la malade sort parfaitement guérie.

Le 21 juin, elle vint, comme nous le lui avions recommandé, à la consultation de l'hôpital pour faire constater son état. Elle est tout à fait bien portante et ne souffre en aucune façon, bien qu'elle soit venue à pied et portant son enfant dans ses bras depuis Montmartre. Le col fait deux petites saillies inégales et nullement douloureuses au fond du vagin.

Chez cette jeune femme, il semblerait que la maladie ait commencé à se développer pendant la grossesse, sous l'influence de la congestion sanguine dont l'utérus a été le siége, car elle s'en aperçut trois jours après son accouchement. Les quatre mois qui suivirent et pendant lesquels les règles ne reparurent pas, virent le mal s'accroître d'une manière très sensible. Ce fut surtout après ce temps que des troubles se manifestèrent du côté de l'appareil sexuel. Elle rentrerait dans la catégorie des femmes dont Leroux (de Dijon) dit : « Dans certaines » femmes (enceintes), il n'y a que la lèvre antérieure de l'*os tincæ* qui » se prolonge; dans d'autres, c'est le col entier. Je l'ai trouvé sortant » hors de la vulve et représentant le col d'une bouteille avec son bour- » relet à l'extrémité..... Dès que les douleurs de l'accouchement se » déclarèrent, le col diminua de longueur et s'effaça peu à peu à mesure » que l'orifice utérin se dilata (1). »

Depuis que j'ai fait connaître les accidents que peut quelquefois causer un simple allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col que l'on confond habituellement avec la descente de la matrice, et le moyen d'y remédier, plusieurs de mes collègues ont suivi mon exemple avec succès. Je vais en rapporter quelques observations, et je commencerai par un fait que je dois à M. Follin, et qu'il m'a permis de publier entièrement.

(1) *Observations sur les pertes de sang des femmes en couches.* Paris, 1776, pag. 14.

Digitized by Google

OBSERVATION VII. — *Brièveté du vagin. — Allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col d'abord considéré comme une descente de matrice. Application des pinces de M. Desgrange (de Lyon). — Récidive immédiate; puis résection du col par M. Follin. — Guérison. (Recueillie par M. Vautrin, interne de MM. Malgaigne et Follin.)*

Le 27 octobre 1854, est entrée à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marthe, n° 3, service de M. Malgaigne, alors remplacé par M. Follin, la nommée Bouliet (M.-E.), âgée de vingt-trois ans, passementière, mariée depuis deux ans.

Cette malade est entrée pour se faire traiter de douleurs dans les reins et dans le ventre, d'une grande faiblesse, qui lui restaient à la suite d'une perte arrêtée depuis huit jours. Cette femme est d'une constitution chétive, d'un tempérament nerveux et lymphatique. Traces de rachitisme sur les tibias; stature très petite.

Elle a été réglée à treize ans. Menstrues assez régulières, quoiqu'un peu douloureuses; plus tard, elles firent souffrir davantage la malade, et des douleurs habituelles dans les reins et dans les aines se manifestèrent. Dix-huit mois après l'apparition des premières règles, cette femme aperçut une petite tumeur qui lui sortait des lèvres de la vulve. Cette apparition de la tumeur s'est faite en très peu de temps, pendant la durée d'une bronchite rebelle, accompagnée de fortes quintes de toux. Aujourd'hui, elle ne sort pas beaucoup plus que les premiers jours. A partir de ce moment, les règles, quoique toujours douloureuses, l'étaient beaucoup moins cependant. Les douleurs de reins étaient moins fortes, mais aussi elles étaient plus intenses dans les aines. La marche était assez pénible, la course impossible.

Le col rentrait avec facilité sans que la malade y touchât; il rentrait aussitôt qu'elle était couchée; gastralgie habituelle; leucorrhée abondante. Malgré cette incommodité, elle se marie à l'âge de vingt et un ans : elle dit qu'elle ne se doutait pas que son état fût anormal. — Son mari reconnaît qu'il existe chez elle quelque chose qui n'est pas ordinaire; il la conduit chez un médecin qui la déclare atteinte d'une descente de la matrice et conseille un pessaire qui n'a jamais été mis.

Les rapports sexuels étaient difficiles et douloureux. Elle n'a jamais eu d'enfants, ni fait de fausses couches; jamais de retard dans les règles, qui sont plutôt trop abondantes que pas assez.

Vers le 25 septembre de cette année (1854), maux de reins très violents venant après une époque menstruelle. Perte sanguine abondante le 26. Les rapports sexuels avaient été plus fréquents et avaient eu lieu même pendant le commencement des règles. Cette perte dure dix jours. Ce sont les douleurs et la faiblesse qui suivirent cette perte qui amenèrent la malade à l'hôpital, et non la tumeur de la partie qui ne lui causait pas de souffrances.

A l'examen des organes sexuels on aperçoit le col de l'utérus au dehors, sortant de la vulve d'à peu près 3 centimètres. Le doigt porté dans le vagin fait constater une brièveté de ce conduit. Le col repoussé dans le vagin ne peut remonter très haut. Ce qu'il y a surtout de remarquable, c'est un allongement considérable du col. La cavité cervico-utérine mesurée donne 13 centimètres du museau de tanche au fond de la matrice, dont le corps est lui-même peu volumineux.

Le 15 novembre, toute complication abdominale étant disparue, M. Follin tente d'abord de rétrécir le calibre du vagin. Il applique cinq des pinces de M. Desgranges circulairement sur la muqueuse vaginale, à 3 centimètres à peu près de la vulve, le col étant préalablement repoussé le plus haut possible. Six jours après, toutes les pinces étaient tombées, mais déjà le

Digitized by Google

col était reporté au dehors autant qu'avant cette tentative. M. Follin prie alors M. Huguier, qui s'est beaucoup occupé de ce sujet de venir voir la malade.

M. Huguier vint le 10 décembre et constata que le vagin était plus court qu'à l'état normal ; que la longueur totale de la cavité utérine était de 13 centimètres ; que l'excès de longueur de cette cavité était la conséquence d'un allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col, qui formait dans le vagin et jusqu'à l'ouverture vulvaire, une tige cylindrique qui avait la plus grande ressemblance avec un pénis circoncis ; — que le vagin n'était pas renversé, même à son extrémité supérieure ; qu'il n'y avait, comme dans presque tous ces cas, qu'un léger degré d'abaissement de l'utérus, mais non une descente de cet organe ; que la seule chose à faire était l'ablation de la partie exubérante du col.

M. Follin ayant constaté tous ces faits se rallie de suite à l'opinion de M. Huguier. L'opération fut pratiquée le 12 décembre. Les règles qui étaient reparues, avaient cessé depuis trois jours. La malade est préalablement chloroformée. M. Follin place tout d'abord une bougie de gomme élastique dans la cavité utérine ; puis, introduisant l'index de la main gauche dans l'anus pour faire proéminer au dehors et en avant le cul-de-sac postérieur du vagin, tandis qu'un aide soulève et repousse en avant le cul-de-sac antérieur à l'aide d'une sonde placée dans l'urèthre, il fait une incision circulaire environ à 3 centimètres du museau de tanche.

Il n'y eut ni hémorrhagie, ni fièvre, ni accidents primitifs ou consécutifs. Elle sortit guérie le 4 janvier 1855. Depuis plusieurs jours déjà elle se levait sans éprouver la moindre douleur, et sans avoir vu ou senti reparaître sa tumeur. Les maux d'estomac et les flueurs blanches n'existaient plus.

Il est probable que chez cette jeune femme l'allongement anormal du col a commencé avec l'apparition des règles qui a eu lieu de bonne heure, car depuis ce temps, non-seulement elle a souffert à chaque époque mensuelle, mais encore elle a ressenti des douleurs habituelles dans les reins et les aines. C'est à l'âge de quatorze ans et demi que, sans avoir jamais eu de rapports sexuels, elle vit apparaître à la vulve le col de l'utérus, après des efforts de toux souvent renouvelés. Il est donc probable que son affection a été le résultat d'une simple altération de la nutrition, fonction qui avait déjà été troublée antérieurement, puisqu'elle était atteinte de deux vices de conformation, la brièveté du vagin et la déformation rachitique des os.

C'est une chose remarquable que chez la femme rachitique on observe assez souvent un développement anormal et excessif des organes sexuels. Il est à regretter qu'on n'ait pas porté les investigations du côté des mœurs et des habitudes de cette jeune femme dans son enfance. Peut-être aurait-on appris qu'elle avait contracté dès sa jeunesse des habitudes d'onanisme qui ont surexité et développé les organes génitaux. Peut-être même la faiblesse de la constitution et le rachitisme ont-ils été la conséquence de cette vicieuse et funeste habitude.

Digitized by Google

OBSERVATION VIII. — *Allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col. — Résection de cette partie par M. Broca. — Guérison.*

Voici les renseignements que je dois à l'obligeance de M. Broca et de M. Martin, son interne. Bien qu'incomplets sous certains rapports, ils montrent que l'allongement hypertrophique du museau de tanche peut être parfaitement guéri, ainsi que les inconvénients qui s'y rattachent, par la résection de la partie qui est en excès.

Le 28 mars 1856, est entrée à l'hôpital de Lariboisière, salle Sainte-Jeanne, n° 10, la nommée Bru...., Jos...., âgée de vingt-cinq ans, lingère, mariée à Pierre Droguet, née en Savoie, demeurant rue des Poissonniers, 32, à Montmartre.

La femme Droguet s'est présentée à nous avec une hypertrophie considérable du col utérin (surtout dans le sens de la longueur). Le col avait plus de 6 centimètres de long; l'utérus rendu plus lourd, était un peu abaissé.

Il est probable que la malade souffrait des organes sexuels lors de son entrée, car j'ai trouvé sur le registre de l'établissement, comme motif d'admission, l'indication d'une métrite.

Le coït était tout à fait impossible, dit M. Broca, et c'est pour ce motif que le mari a en quelque sorte exigé que sa femme se fît opérer. Celle-ci pressa beaucoup M. Broca, qui pratiqua la résection du col. « Il enleva, dit M. Martin, une très grande partie du col exubérant » avec de grands ciseaux courbes, après l'avoir attiré au dehors à l'aide d'érignes. Vers deux » heures, M. Silvestre (un autre interne) et moi fûmes appelés pour arrêter une hémorrhagie » qui était survenue. Nous l'arrêtâmes très bien à l'aide de tampons imbibés de perchlorure » de fer et appliqués sur la partie saignante. » Cette hémorrhagie ne se renouvela pas. Ce fut, du reste, le seul incident fâcheux qui survint; car, à partir de ce jour, la cicatrisation marcha sans encombre. La réaction fébrile avait été peu intense et facile à apaiser.

Vers la fin du mois, la malade se levait souvent et marchait très bien. Le 1er mai, elle se fit renvoyer pour cause d'insubordination.

Pour savoir ce qui était advenu ultérieurement, M. Martin se rendit, un de ces jours derniers (20 juin 1858), à l'ancien domicile de la malade. Là il apprit d'une de ses amies, et non d'elle (car, depuis près de deux ans, elle a quitté la France), qu'après sa sortie de l'hôpital, elle garda la chambre une dizaine de jours, mais sans rester au lit; elle allait souvent chez ses voisines. Au bout de ces dix jours, elle reprit complétement ses habitudes; elle pouvait user facilement des rapports sexuels, et elle vantait à tout le monde la parfaite réussite de l'opération et l'habileté du chirurgien. Elle partit au bout de quelque temps. Huit mois après, elle écrivit une lettre à son amie. Elle lui disait qu'elle se portait à merveille. Les règles avaient reparu avant qu'elle ne quittât Paris, en sorte que tout se passait bien du côté de l'utérus.

Je vois dans l'ouvrage de Scanzoni qui vient de paraître tout récemment (1), que ce savant professeur a aussi recours contre cette maladie à l'amputation du col. Voici comment il s'exprime : « Pour ce qui concerne le traitement, nous avons si souvent constaté le peu d'efficacité des moyens thérapeutiques, tant généraux que locaux, que

(1) *Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme*, traduit de l'allemand. Paris, 1858, p. 65.

Digitized by Google

maintenant nous ne pratiquons plus que l'amputation de la partie hypertrophiée. »

L'allongement hypertrophique du museau de tanche, sans être très considérable, lorsqu'il présente 3 ou 4 centimètres par exemple, peut, avons-nous dit, être compliqué d'antéversion ou de rétroversion plus ou moins complète, et donner lieu à des troubles fonctionnels et à des accidents plus ou moins sérieux ou insupportables, soit du côté du rectum, soit du côté de la vessie, et qui ne cèdent qu'après la résection de la partie exubérante. C'est ainsi qu'en 1852 je fus obligé d'avoir recours à cette opération pour un allongement du col accompagné de rétroversion. C'est ce cas qui va faire le sujet de la neuvième observation.

OBSERVATION IX. — *Allongement hypertrophique du col de l'utérus. — Kystes folliculaires de cette partie. — Rétroversion. — Amputation du col. — Guérison.*

Le 13 juillet 1852 est entrée à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Huguier, salle Sainte-Clotilde, n° 386, une malade nommée Eugénie Chartier, âgée de quarante-trois ans, cuisinière, demeurant rue Lamartine, 33, née à Pleine-Fougères (Ille-et-Vilaine).

La menstruation a débuté à quatorze ans sans difficulté ; elle a toujours été régulière, mais peu abondante. Cette malade est accouchée pour la première fois à trente et un ans. La parturition fut longue et difficile ; on administra du seigle ergoté peut-être trop tôt ; il détermina des douleurs très vives, mais bientôt elles cessèrent et l'enfant resta au passage. On fut alors obligé, nous dit-elle, de faire une section avec des ciseaux (est-ce du col utérin ou de la vulve?). Enfin l'accouchement se termina et l'enfant vint vivant.

Mais, à la suite de l'accouchement, la mère eut une descente de matrice qui la faisait beaucoup souffrir, quand elle voulait rester longtemps debout, marcher ou faire quelque effort violent ; cette descente amena des troubles, surtout du côté de la défécation et de la miction.

A l'âge de trente-huit ans elle eut une fausse couche de cinq mois produite par une imprudence ; mais *elle n'aggrava pas sa position*. Elle a presque toujours eu de la leucorrhée. Les rapports sexuels, dont elle abusait quelquefois, devenaient douloureux quand le pénis pénétrait trop profondément.

Dans les premiers jours de mai 1852, il survint, sans cause connue un écoulement vaginal abondant, des douleurs lombaires et hypogastriques pendant la marche, des mictions douloureuses et sanguinolentes, de la difficulté dans la défécation. On prescrivit des bains et des injections d'eau blanche froide. Cette dernière prescription arrêta les règles. Le ventre se gonfla et devint douloureux. A tous ces accidents se joignirent des douleurs lombaires, des coliques et de la fièvre.

Lorsque des bains et des injections émollientes eurent fait cesser ces troubles, on put constater une rétroversion de l'utérus très prononcée. On eut alors recours à un pessaire introduit dans le rectum (boule en caoutchouc distendue par de l'air). Mais comme ce moyen déterminait des accès d'étouffement, il fallut y renoncer. Tous ces moyens de traitement avaient

Digitized by Google

été employés à la maison de santé, dans le service de M. Vigla, d'où la malade sortit le 6 juillet.

Depuis son entrée à Beaujon, elle a des besoins fréquents d'uriner, des douleurs lombaires, des coliques, de la gêne dans la défécation, dont le besoin se fait souvent éprouver.

Examinée le 13 juillet 1852, on trouve un col volumineux, mais lisse, soulevé de place en place par de petites éminences grosses comme des petits pois et que M. Huguier regarde comme des kystes folliculaires. Le col utérin est entr'ouvert et admet facilement l'extrémité du doigt. L'utérus est à peu près à sa hauteur normale; l'introduction de l'hystéromètre le prouve, comme elle démontre l'existence d'une rétroversion. On constate que la cavité utérine a 10 centimètres de profondeur. Le vagin, dilaté, permet à la vessie et au rectum de faire un peu hernie.

Examinée de nouveau le 17 juillet, on constate que les follicules du col utérin sont moins nombreux et moins volumineux. La malade a ses règles depuis deux jours.

Le 3 août, nouvel examen. On trouve un écoulement filant et muqueux venant de l'intérieur du col, car il n'est pas trouble et séreux comme celui qui vient de l'intérieur du corps. On constate un abaissement de la matrice; on voit encore l'endroit où trois kystes du col ont été ouverts. L'hystéromètre fait voir que la cavité utérine est augmentée: 10 centimètres de diamètre vertical. Le doigt introduit dans le col sent que sa face interne est inégale, froncée, elle présente une dilatation ampullaire et un rétrécissement de l'orifice cervico-utérin. Il y a une déchirure du périnée pour laquelle on se propose de faire une opération.

Le 9 août. Examinée au spéculum, cette femme fut prise d'une si grande frayeur que les règles parurent en abondance et empêchèrent de continuer l'examen. Elles ne devaient paraître que dans quelques jours.

Le 11 août. La malade a de grandes douleurs au niveau du sacrum. La métrorrhagie continue, mais elle est peu abondante; elle offre un sang semblable à de l'eau rougie; on applique huit sangsues dans les aines, quatre de chaque côté. Cinq de ces sangsues seulement prennent; le sang coule très peu.

Le 16. Pesanteur et douleurs très vives quand la malade se lève.

Le 27. Le col est très allongé; il a 4 centimètres 1/2 de long; il est très irrégulier. La cavité utérine a 9 centimètres 1/2 de diamètre vertical.

Le 29 août. Amputation du col. Considérant qu'il est impossible de faire reprendre à l'utérus sa place et sa direction naturelles, et que, par suite de l'allongement et du volume excessif du col, les fonctions rectales et vésicales sont très sérieusement troublées, M. Huguier se décide à faire à cette malade l'opération qu'elle réclame. Après avoir introduit un spéculum, M. Huguier saisit le col avec une forte pince de Museux, puis avec un couteau long, étroit et courbé sur le plat, il incise rapidement la portion sous-vaginale du col en laissant le vagin intact. Ceci fait, on introduit une sonde de gomme élastique portant à son extrémité une forte mèche solidement fixée et chargée de comprimer la plaie du col et de diminuer par conséquent les chances d'hémorrhagie. Des compresses fendues dans leur milieu pour laisser passer la sonde et appliquées sur les parties génitales complètent le pansement : un bandage en T sert à maintenir le tout.

Une fois l'opération et le pansement terminés, la malade est reportée sur son lit; on place un coussin sous les cuisses et un autre sous les reins, afin que le siége et le bassin occupent une situation aussi basse que possible.

En examinant la tumeur enlevée, on lui reconnaît tous les caractères qu'on avait remarqués

Digitized by Google

avant l'opération. Elle offre une longueur de 3 centimètres 1/2; elle est bosselée et présente à nu les ouvertures de cinq ou six kystes folliculaires volumineux.

Le 31 août. La malade n'a pas eu de fièvre ; elle se trouve très bien ; elle a perdu hier dans la matinée une assez grande quantité de sang. On a changé la mèche, et tout est rentré dans l'ordre. Le 1er septembre la malade mange une portion.

Le 3 septembre. Un peu d'écoulement sanguin ; mais le sang qui est perdu est en très petite quantité. La malade éprouve de temps en temps quelques élancements dans le bas-ventre. On fait une friction sur les cuisses et sur l'abdomen avec l'huile de croton.

Le 10 septembre. Il n'existe plus aucune trace de douleur. En examinant la malade au spéculum, on voit la plaie faite avec le bistouri présenter un aspect infundibuliforme ; il se fait un écoulement très peu abondant d'une sérosité roussâtre.

Le 14 septembre. La malade se trouve très bien, et l'on entreprend de rétrécir la vulve en cautérisant la fourchette au fer rouge. Cette opération est suivie de violentes douleurs qui continuent les jours suivants. Le 21, l'eschare ne tombe pas encore, et il existe toujours de la souffrance ; le 28, la plaie faite par le fer rouge est en voie de guérison : la malade a ses règles.

Les jours suivants tout se passe bien, la malade ne souffre plus; elle peut se lever, se promener ; elle est débarrassée de tous les accidents qu'elle éprouvait avant son opération. M. Robert a pu examiner la malade le 9 novembre et constater, comme nous, l'heureux résultat de l'opération pratiquée. La malade sort entièrement guérie le 10 novembre.

Sur la fin de 1854, M. Marchal (de Calvi) opéra en ma présence et avec un plein succès une dame qui était atteinte d'un allongement hypertrophique du col avec antéversion. Cette affection causait vers l'anus et le rectum des incommodités et des accidents insupportables, qui avaient résisté à tout autre traitement. Il n'y eut aucun accident, si ce n'est une hémorrhagie qui se manifesta vers le milieu de la journée, et que nous arrêtâmes facilement par le tamponnement de l'ouverture vulvaire, et l'élévation du bassin. Ces jours derniers, M. Marchal m'affirmait que cette dame était encore aujourd'hui très bien portante, et qu'elle se félicitait du parti qu'elle avait pris de se laisser opérer.

Au reste, voici le fait rapporté dans tous ses détails par M. Marchal (de Calvi) lui-même.

Observation X.

Madame X..., âgée de quarante ans, frêle et de délicate apparence, mais douée d'une grande force de résistance vitale, femme du monde, allant au spectacle, montant à cheval, voyageant souvent, a pourtant souffert et s'est soignée pendant une grande partie de sa vie. Elle était dyspeptique, mais se plaignait surtout d'un malaise profond, intolérable, dans le fondement et dans les reins, malaise qu'elle avait peine à définir et qui était comme une inquiétude que les femmes, surtout les femmes grosses, éprouvent dans les membres inférieurs après être restées longtemps assises, au spectacle par exemple, et qui les forcent à se lever malgré tout.

Digitized by Google

Littéralement madame X.... ne pouvait tenir en place, du moins elle souffrait partout et toujours, assise, couchée et en voiture. Elle avait dû renoncer à l'équitation. L'industrie des fauteuils, des causeuses, des lits de repos et des coussins était poussée chez elle jusqu'aux dernières limites. Ses amies en riaient quelquefois comme d'une excentricité, mais c'était une nécessité trop réelle. Évidemment il y avait quelque chose, soit à l'anus, soit dans le rectum, soit dans les organes génitaux. Je procédai à un examen attentif :

A l'anus il n'y avait rien, si ce n'est quelques replis cutanés assez longs, vestiges d'anciennes hémorrhoïdes aujourd'hui complétement flétries ; il n'y avait entre ces replis aucune fissure, et d'ailleurs la malade n'éprouvait point la douleur pathognomonique pendant la défécation. Somme toute, l'anus, soigneusement examiné et à diverses reprises, ne présentait aucune lésion qui pût donner l'explication des symptômes. Il en était de même du rectum : le toucher n'y faisait reconnaître rien d'anormal, hormis le col utérin repoussant la paroi correspondante de l'intestin. Mais ceci était en dehors du rectum, qui, comme son orifice, devait être mis hors de cause. Restait l'appareil sexuel.

La cause du mal était là. Il existait une antéversion et une hypertrophie du col. Allongé et hypertrophié selon l'épaisseur, le col *pressait* sur la paroi rectale antérieure et la repoussait fortement. Du reste, à part l'hypertrophie, il était parfaitement sain ; son volume égalait celui de la phalange onguéale du pouce d'un homme ayant la main très forte. J'insiste sur ceci : non-seulement le col *appuyait*, mais (et c'est une distinction fort importante) il *pressait* sur le rectum, au-dessus de l'anneau des sphincters. On dirait parfois que l'utérus est animé d'un mouvement spontané qui porte fortement son col et le maintient dans tel ou tel sens. Il en résulte alors de grandes souffrances continues, et dont aucune position ne soulage les malades qui souffrent assises, souffrent en marchant et ne gagnent rien à rester couchées. C'est ce que je vois en ce moment chez une demoiselle d'une trentaine d'années qui a un déplacement latéral droit dans lequel le col, qui n'est pas hypertrophié, presse sur le côté gauche du bassin.

Les souffrances de madame X..., bien que journalières et continues, n'avaient pas toujours la même intensité. Par des examens successifs, j'arrivai à reconnaître qu'après l'époque menstruelle il y avait une détente ; on sentait le col plus libre, moins tendu, moins fortement appliqué sur le rectum. Mais ce relâchement ne durait que peu de jours, après quoi la tension et la pression revenaient au même degré. Les signes subjectifs, les souffrances, suivaient cette marche ; il n'y avait que quelques bons jours, du moins passables, après l'époque menstruelle, puis le malaise revenait avec l'impossibilité de rester assise un peu de temps sans souffrir insupportablement, avec la nécessité de passer la journée étendue sur une chaise longue, appuyée sur des coussins, dont un en forme de petit coin sous les reins.

Il est important d'ajouter, car c'est un signe essentiel dont la portée précise concourt avec les précédents à fixer le diagnostic, les matières fécales étaient habituellement minces, aplaties transversalement, rubanées ou en gouttière. La malade elle-même en fut frappée. Il fallait donc que quelque chose pressât d'avant en arrière sur les matières à leur sortie ; ce quelque chose, c'était le col utérin.

Un grand nombre de médecins avaient été consultés successivement, et une foule de moyens divers, injections de toutes sortes, éponges imbibées de liquides astringents, pessaires, ceintures, etc.. etc., avaient été employés sans aucune espèce de résultats avantageux.

Je crois que les pessaires ont peu de prise dans les déplacements hors de l'axe. Si l'utérus n'est qu'abaissé, le pessaire le relèvera, rien de plus simple ; mais s'il est déplacé, soit en avant, soit en arrière, soit de côté, le plus probable est que le pessaire ne fera que relever le déplacement.

Digitized by Google

Quant aux ceintures hypogastriques, je me suis assuré que souvent elles ajoutent au déplacement au lieu d'y remédier. Dès qu'une ceinture agit simplement par compression d'avant en arrière, une partie de la force s'exerce par l'intermédiaire du paquet intestinal sur l'utérus, qu'elle repousse en bas. La ceinture ne vaut que quand elle relève le ventre ; or, c'est précisément ce qu'il est difficile d'obtenir, d'autant que le corset, appliqué par-dessus, agit en sens contraire. Quand on fait porter une ceinture, il faut s'assurer de son effet par l'examen direct ; c'est une simple question de mesures à prendre avec le doigt avant son application et pendant qu'elle est appliquée. On évitera ainsi beaucoup de mécomptes. Madame la princesse de ***, amie intime de madame X..., sujet de mon observation, sortait de chez un maître de l'art qui lui avait prescrit une ceinture, qu'elle avait été se faire appliquer immédiatement ; elle était très loin d'en être soulagée et se plaignait beaucoup. Madame X... la décida à se faire examiner par moi séance tenante, et je reconnus que l'utérus était plus bas d'au moins un travers de doigt quand la ceinture était appliquée. Il va sans dire qu'on en fit justice immédiatement. J'ai procuré un notable soulagement à des femmes à ventres proéminents qui éprouvaient à leur lever un grand malaise (tiraillements d'estomac, fausse faim, chaleur aux mains, fatigue, grande faiblesse), en leur faisant porter une ceinture *relevante* qu'elles mettaient avant de quitter leur lit. En dehors de ce cas particulier, je n'ai jamais obtenu d'effet favorable bien apparent de l'application des ceintures hypogastriques, et je serais tenté d'y voir un moyen banal qu'on prescrit le plus souvent, vaille que vaille, comme on met des sinapismes à ceux qui vont mourir.

Je reviens à l'observation de madame X... J'avisai à mettre d'abord ses forces dans le meilleur état, et madame X... fut peut-être la première à Paris à faire usage de l'eau d'Orezza, qui est sans contredit, comme l'a bien établi mon ami M. le docteur Poggiale, la meilleure eau ferrugineuse acidule connue. Ensuite il fallut bien prendre un parti pour remédier à l'état local. La malade était décidée à tout. Je priai notre regretté et si regrettable Valleix de m'aider de ses conseils, et nous décidâmes qu'on essaierait de redresser l'utérus par sa méthode opératoire, à quoi nous procédâmes avec tous les ménagements possibles, et néanmoins il s'en suivit une tension très douloureuse du ventre, avec nausées, resserrement du pouls, etc. Notre inquiétude fut grande ; mais les émollients et un laxatif firent raison de la complication. Ce mécompte, dont la possibilité n'avait pas été dissimulée à madame X..., ne diminua pas son désir de tenter n'importe quelle autre extrémité opératoire. Devant cette résolution et ce désespoir, je n'hésitai pas à proposer l'excision du col utérin. Mais je voulus prendre de nouveau l'avis de Valleix, et de plus nous résolûmes de nous aider des lumières de M. Huguier, dont l'expérience spéciale nous inspirait la plus grande confiance. La consultation eut lieu : j'exposai l'historique du cas, avec détail et par écrit, puis on procéda à l'examen tant des parties génitales que de l'anus et du rectum. Mon diagnostic fut confirmé, et l'on jugea, en effet, qu'il ne restait pas d'autre ressource que l'opération projetée. Madame X... désirait ardemment qu'on la pratiquât le plus promptement possible, et j'y procédai le surlendemain après les préparations convenables, avec l'aide des deux consultants.

Un spéculum large et court, à deux valves, fut introduit avec précaution et remis à Valleix, qui le maintint. Le col, net et distinct, faisait saillie au fond entre les deux valves. Je le saisis de la main gauche avec une pince-érigne longue et forte, et je l'inclinai en haut de manière à tendre la partie inférieure, que j'incisai de droite à gauche avec un couteau à lame fixe, courbe sur le plat, tranchante sur un bord et bien affilée ; je coupai le plus profondément qu'il me fut possible, mais avec une grande difficulté. Tout aussitôt, changeant de couteau, je portai également l'instrument de droite à gauche, mais par en haut, et j'incisai aussi très profondément, en ayant soin de tendre la partie au moyen de la pince-érigne, portée en bas. La patiente

Digitized by Google

poussa un cri aigu à chaque incision. Le col, tranché haut et bas, mais tenant encore, je me saisis d'une grande paire de ciseaux à fortes lames courbes sur le plat, et j'achevai l'excision, la patiente continuant de s'écrier à chaque coup.

Il faut y avoir mis la main pour savoir combien est forte la résistance du col utérin, resté sain, au tranchant des instruments. Il semblerait qu'on coupe du caoutchouc.

Le col avait été excisé en entier. Il coula peu de sang pendant l'opération, qui fut très rapide.

Je fis un tamponnement modéré, et l'opérée fut couchée sur un lit, les jambes et le bassin hauts, dans le plus grand calme.

J'étais parti depuis une heure environ, lorsqu'on vint me chercher en toute hâte : une hémorrhagie s'était déclarée. Le sang avait coulé abondamment ; l'opérée était très pâle, refroidie, le pouls extrêmement déprimé ; il y avait menace de syncope à chaque instant. Je donnai quelques cordiaux d'abord, ce qui se trouva sous la main, du vin sucré, et immédiatement je fis un nouveau tamponnement, beaucoup plus serré, en ayant soin de rouler préalablement les tampons de charpie dans de la poudre de colophane. On mit de la glace sur le ventre ; l'hémorrhagie ne se reproduisit plus. Il n'y eut aucun autre accident, et la cicatrisation se fit merveilleusement. Au premier pansement, la charpie était imprégnée de sanie sanguinolente, non abondante, et l'odeur n'avait rien de repoussant.

La diète fut observée pendant trois jours, y compris celui de l'opération. On donna ensuite de petits bouillons, puis des potages, et successivement une nourriture plus substantielle. L'intestin ayant été bien vidé avant l'opération, il n'y eut de garde-robe que le huitième jour, et elle eut lieu sans saignement par le vagin et sans douleur. L'opérée fut toute surprise de voir les matières roulées en boudin cylindrique d'un bon diamètre ; on se rappelle qu'avant l'opération elles étaient rubanées.

Vingt jours après l'opération, madame X... commença à se lever, et elle ne tarda pas à sortir en voiture. Elle se sentait légère et n'avait plus que le souvenir de ses souffrances. C'était, disait-elle, une vie nouvelle, une renaissance. En introduisant le doigt dans le vagin, on constatait l'absence complète du col ; le conduit se terminait en cul-de-sac lisse. Les règles se sont rétablies.

Il y a quatre ans que l'opération a été faite, et madame X... n'est pas devenue grosse ; mais, comme je l'ai dit en commençant, elle avait plus de quarante ans lorsque je fus appelé à la soigner.

Deux autres faits que je n'ai pas rapportés, afin d'éviter de surcharger ce travail ; quelques-uns que l'on trouve dans les recueils scientifiques et qui appartiennent un à Dupuytren, un à Simpson, deux à Ph. Boyer, prouvent l'utilité et l'innocuité de l'amputation de la portion sous-vaginale du col hypertrophiée, dans les conditions que j'ai signalées. Voici, au reste, l'opinion que je trouve énoncée dans un ouvrage qui appartient à l'un des accoucheurs et des gynécologistes les plus distingués de l'Allemagne, le professeur Scanzoni ; il dit : « Pour ce qui concerne le traitement (de cette hypertrophie), nous avons si souvent constaté le peu d'efficacité des moyens thérapeutiques, tant généraux que locaux, que maintenant

Digitized by Google

nous ne pratiquons plus que l'amputation de la portion hypertrophiée (1). » Depuis la lecture de ce travail à l'Académie, l'un des chirurgiens les plus habiles de Genève, M. Strœhlin, m'a fait savoir qu'il a pratiqué cette opération avec succès le 23 mai dernier pour un allongement hypertrophique de la portion intra-vaginale du col qui avait 8 centimètres de long. Le museau de tanche, ainsi allongé, repoussait l'hymen en bas et s'était jusqu'alors opposé à l'accomplissement de l'acte sexuel.

DEUXIÈME PARTIE.

ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE DE LA PORTION SUS-VAGINALE DU COL DE L'UTÉRUS. — SA SORTIE AU DEHORS DE LA VULVE.

CHAPITRE PREMIER.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES ET HISTORIQUES.

La maladie que les auteurs et les praticiens désignent sous les noms de *prolapsus,* de *précipitation* ou de *chute complète* de la matrice, n'est autre chose, dans la très grande majorité des cas, qu'une hypertrophie longitudinale de la portion sus-vaginale de l'utérus dont le corps et le fond sont restés dans la cavité pelvienne, bien que le vagin soit entièrement renversé, et que la tumeur pendante entre les cuisses ait une longueur égale ou supérieure à celle de l'utérus à l'état normal.

Cette proposition qui a déjà éveillé l'incrédulité, qui va renverser bien des croyances et soulever bien des objections, est cependant le résultat de quinze années de laborieuses et consciencieuses recherches. Mais, avant d'en démontrer l'exactitude, afin qu'il n'y ait pas de fausse interprétation dans la manière de voir, ni dans la valeur des termes, disons de suite comment nous entendons les mots *prolapsus, précipitation* ou *chute complète* de la matrice, comment nous comprenons, avec presque tous les auteurs qui, depuis un siècle, ont écrit sur ce sujet, les trois degrés de l'hystéroptose.

Depuis Fabrice d'Aquapente, Peu, Manget, Astruc, Mauriceau et Sabatier, qui, les premiers, ont admis d'une manière positive ces trois

(1) *Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme,* trad. de l'allemand par Dor et Socin. Paris, 1858, p. 65.

Digitized by Google

degrés qui semblent avoir été entrevus par Hippocrate, on dit qu'il y a :

1° *Abaissement* ou *relaxation*, quand la matrice, dans son ensemble, est seulement abaissée dans le tiers supérieur du vagin qu'elle raccourcit en se rapprochant de la partie inférieure de l'excavation pelvienne, conservant à peu près sa direction normale et n'étant pas visible à l'extérieur, même en écartant les bords de l'ouverture vulvaire.

2° *Descente, semi-prolapsus,* lorsque l'organe descendu au fond de l'excavation pelvienne remplit le vagin dont la moitié supérieure est renversée et invaginée. Le sommet du col (museau de tanche) vient saillir à la vulve ou repose encore sur la surface interne du périnée, mais il est visible en écartant les bords de l'ouverture vulvaire; l'axe de l'organe est devenu, en général, le même que celui du vagin.

3° Enfin, *prolapsus*, *précipitation* ou *chute complète*, lorsque la matrice est totalement hors du bassin, a franchi la vulve et pend entre les cuisses; lorsqu'elle a entraîné et renversé entièrement ou presque entièrement le vagin qui la recouvre et la renferme avec ses annexes, la vessie et une partie du rectum. — Voilà le degré, la variété dont je nie la fréquence, que je dis être extrêmement rare, et qui est généralement confondu avec l'allongement hypertrophique de la partie sus-vaginale du col. — Lors même que tous les caractères indiqués par les auteurs comme appartenant à la chute complète de l'utérus se montrent, lors même que la tumeur qui pend entre les cuisses a une longueur, ai-je dit, supérieure à celle de la matrice à l'état sain, je répète que presque constamment cette tumeur est formée par un allongement du col, que le corps et le fond de l'utérus sont restés dans le bassin, n'ont pas franchi l'anneau vulvaire, et que, par conséquent, cette affection ne peut, dans ce cas, prendre le nom de *précipitation* ou de *chute complète* de la matrice. Si on ne veut la désigner sous son nom véritable d'*allongement hypertrophique* avec sortie de la portion sus-vaginale du col hors de la vulve, il faut la désigner sous celui de *chute complète* du col de l'utérus avec renversement du vagin. Encore ce titre serait-il inexact et incomplet, car il n'indique pas que le col est allongé et hypertrophié, et quelle est la partie de la matrice qui est le siége de l'affection.

La tumeur que l'on a désignée jusqu'à ce jour sous le nom de *chute complète* de la matrice, et dont nous avons donné plus haut les princi-

Digitized by Google

paux caractères, peut donc être formée par deux maladies différentes : l'une est tout à fait exceptionnelle, c'est la véritable précipitation de la matrice avec ou sans hypertrophie longitudinale; — l'autre est beaucoup plus fréquente : c'est celle sur laquelle j'appelle en ce moment l'attention des praticiens.

Pour démontrer l'exactitude de cette opinion, nous nous appuierons sur trois ordres de preuves : les recherches historiques, l'anatomie pathologique et les faits cliniques.

Preuves historiques. — Saviard, un des auteurs qui, sur la fin du XVII^e^ siècle, ont le plus combattu les médecins tels que Job a *Meckren*, Henricus *van Roonhuysen*, Theodoricus *Kerkrengius*, Johannes *van Horn*, *La Motte* et *Verduc*, son contemporain, qui ont nié la chute de l'utérus, prétendant qu'on avait pris pour cette affection une chute du vagin, quelque excroissance ou tumeur sarcomateuse de cette partie; — Saviard, dis-je, qui avait grand intérêt, comme il le dit lui-même, à prouver l'existence de la précipitation de la matrice, n'a rapporté, dans son recueil d'observations, qu'un fait d'autopsie dans lequel les dimensions de la tumeur avaient été indiquées avant la mort, et ce cas vient à l'appui de la théorie que nous soutenons. Il dit, p. 63 : « Le 31 mars 1693, une femme fut ap» portée à l'Hôtel-Dieu grièvement malade d'une fièvre continue, et qui » était de plus incommodée d'une descente de la matrice si considérable » que son vagin s'allongeait de plus d'un demi-pied hors de la vulve, » et l'orifice interne de la matrice paraissait aussi bien distingué à l'ex» trémité de cet allongement que je l'aye vu de ma vie. »

Eh bien, à l'ouverture du corps de cette femme dont la tumeur avait plus de 6 pouces d'étendue, « le corps de la matrice était hors du *bassin* » *de l'hypogastre*, son fond sous les os pubis et son orifice interne (le » col) était allongé. » Ainsi donc le col était allongé et l'utérus n'avait pas abandonné entièrement l'excavation pelvienne, puisque son fond était encore derrière le pubis, et qu'il avait quitté seulement le bassin hypogastrique.

Plus bas, à la page 70, où il rapporte l'histoire de Marguerite Malaure que les capitouls ou échevins de Toulouse avaient condamnée à porter des habits d'homme, il dit : « La descente de la matrice sortait » hors de la vulve de la longueur de huit à dix pouces... » Et Verduc, qui avait introduit une sonde dans la cavité de l'utérus, la vit pénétrer

Digitized by Google

à une profondeur de 5 à 6 pouces, d'où il conclut à tort que c'était le vagin renversé et allongé.

Donc, en admettant, comme c'est probable, que Marguerite Malaure avait une chute complète de la matrice, cette chute existait avec un allongement hypertrophique considérable de la portion sus-vaginale de l'organe.

Morgagni, dans sa XLV[e] lettre que j'ai déjà citée, ne rapporte qu'un seul cas d'autopsie sur la chute de la matrice sans renversement de cet organe, et il confirme notre manière de voir. Voici le fait : vers l'an 1704, une vieille femme de Boulogne, paralysée déjà depuis plusieurs années, mourut d'une maladie de poitrine. Un corps cylindrique lui sortait de la partie naturelle. Morgagni, ayant ouvert le ventre, remarqua que « la partie supérieure du fond de l'utérus occupait un siége un peu » plus bas que dans l'état naturel, mais pas assez cependant pour me » faire soupçonner que son orifice parvenait à l'endroit que j'indiquerai. » Hors des lèvres de la vulve, on voyait proéminer un corps long de trois » ou quatre travers de doigt, d'une forme cylindrique, extrêmement » épais, ulcéré à sa partie inférieure. Je reconnus facilement que c'était » le vagin renversé. C'est pourquoi l'orifice de l'urèthre se trouvait à la » partie supérieure et antérieure de ce corps... Mais, au milieu de la » partie inférieure était un orifice qui se changeait bientôt en celui de » l'utérus, à travers lequel je faisais passer sans difficulté un stylet qui » pénétrait jusqu'aux parois supérieures de la cavité de ce viscère. » Étonné de la longueur extraordinaire de ce trajet, j'incisai le vagin, » et je trouvai renfermé dans ce vagin le col de l'utérus, qui était devenu » beaucoup plus long qu'à l'ordinaire. »

Il n'est guère possible de mieux indiquer le fait qui nous occupe que vient de le faire Morgagni. Aussi est-il à regretter qu'il ait été entièrement perdu pour la science, comme pour Morgagni lui-même, pour lequel il n'a été d'aucun enseignement pratique ou diagnostique, puisqu'il l'a seulement présenté comme un exemple de chute de la matrice, tandis que c'était un cas d'allongement hypertrophique avec sortie du col de l'organe, et rien de plus. Morgagni n'a su tirer aucun parti de la connaissance que ce fait venait de lui donner, je veux dire l'agrandissement longitudinal de la cavité utérine dans la maladie que lui et ses contemporains désignaient sous le nom de *chute de l'utérus*. En effet, à

Digitized by Google

la fin de l'article 4 où il se demande quels sont les moyens de distinguer la chute de la matrice de celle du vagin, comme il y a une ouverture à la partie inférieure de ces deux tumeurs, il pense que « en introduisant » un stylet dans l'ouverture que l'on croit appartenir à la matrice, si » cet instrument pénètre sans obstacle bien au delà de la longueur na- » turelle de la cavité de l'utérus, sans que le corps pendant dépasse » pourtant cette largeur, ce sera un indice que cet orifice appartient non » pas à l'utérus, mais seulement au vagin. »

Je demande quelle eût été la valeur du signe différentiel de Morgagni, s'il l'eût appliqué à la malade dont il vient de relater l'autopsie, et si, se fondant sur lui, il n'eût pas déclaré que l'utérus était le vagin. Évidemment Morgagni a dû penser, bien qu'il ne le dise pas, que l'excès de longueur de l'utérus prolapsé de la vieille paralytique de Boulogne était chez elle une exception. Le 19 juin 1749, Hoin père, chirurgien en chef de l'hôpital de Dijon écrivait à Levret que le 20 avril 1744, appelé pour secourir une fille âgée de quarante-cinq à quarante-six ans, il reconnut qu'elle portait entre les cuisses un corps cylindrique de la longueur d'environ dix pouces, que ce corps était formé par le vagin, entièrement renversé et la matrice qui, par sa chute, fournissait un demi-sphéroïde percé qui terminait la tumeur. « Il introduisit un stylet long de de 5 pouces 1/2 par l'orifice de la matrice, et il n'en trouva pas le fond; ce qui l'étonna beaucoup. » On se demande pourquoi Sabatier qui, dans son *Mémoire sur les déplacements de la matrice et du vagin*, reproduisit complétement le fait de Hoin, supprima ce passage de l'observation, qui avait cependant une bien grande importance. Probablement Sabatier crut que cette disposition était une exception, ou que Hoin avait commis une erreur, ce qui l'aura déterminé à ne pas en parler.

Levret, au contraire, qui connaissait l'esprit sagace et observateur du chirurgien de Dijon, se tint pour bien averti, et, quelques années après, étant appelé auprès d'une fille que l'on disait atteinte d'un polype qui lui pendait entre les cuisses, il se munit d'une tige de baleine dont il se servait ordinairement pour établir le diagnostic de cette affection, lorsque son doigt ne pouvait atteindre le fond du vagin. Arrivé vers la malade, il vit qu'elle avait une chute de l'utérus. « La base de » cette tumeur, dont la solidité approchait beaucoup de la musculaire, » était dans la vulve; je la mesurai; elle avait près de 6 pouces de cir-

Digitized by Google

» conférence et autant de longueur par devant, mais un peu moins par » derrière, en sorte qu'elle était trois fois ou environ plus longue que large... » Elle était terminée par l'ouverture ovalaire et transversale du museau de tanche... Il ajoute : « *J'introduisis avec ménagement ma sonde bien graissée par cette ouverture ; elle y entra presque tout entière, excepté le manche* (*cette partie de la sonde qui pénétra avait* 8 *pouces de long*), *et sans peine, avant que j'eusse touché le fond ;* mais tout cet examen ne servit à rien qu'à connaître par moi-même que ce qu'avait avancé Saviard et M. Hoin pouvait être exact... Cette pauvre fille était hydropique ; on lui avait déjà fait la ponction plusieurs fois, et elle mourut six mois ou environ après mon examen. »

Dix ans plus tard, il fut appelé auprès d'une dame qui était fort souffrante d'une tumeur qui lui sortait par la partie ; après avoir rapporté les renseignements que lui donna la personne qui venait le chercher, il dit : « D'après tous ces éclaircissements, je me précautionnai de tout ce qu'il fallait pour faire la ligature d'un polype en cas que c'en fût un ; et, en conséquence, je n'oubliai point ma sonde de baleine. Arrivé auprès de la malade, j'examinai la tumeur qui avait la plus grande ressemblance avec la précédente. Je la sondai et lui trouvai un demi-pouce ou environ de profondeur de plus, quoique la longueur fût un peu moindre... Je prononçai que cette tumeur n'était point un polype, mais un allongement du col propre de la matrice recouvert du vagin retourné comme le dedans d'une poche. »

Voilà trois faits, celui de Hoin et les deux de Levret, qui démontrent également que dans le prolapsus utérin, même très volumineux et avec renversement complet du vagin, le corps de la matrice est resté dans le bassin, et que la partie de l'organe prolapsée est formée par le col seul allongé. Malheureusement la démonstration anatomique manque, et Levret considéra cette disposition comme une exception (1) (dans le XX^e^ volume des *Archives générales de médecine*, publié en 1829). Dance a rapporté trois observations de chute de l'utérus, et, dans le seul cas où, une des malades ayant succombé, il lui fut possible de faire l'autopsie, il trouva un prolapsus incomplet et un allongement très re-

(1) Nous devons la connaissance de ces trois cas, qui viennent si bien à l'appui de notre manière de voir, à M. le professeur Stoltz, qui les a rappelés dans la *Gazette médicale de Strasbourg*, depuis la lecture et la discussion de ce travail devant l'Académie.

Digitized by Google

marquable du col de l'utérus. Cette partie de l'organe avait *très exactement 3 pouces 1/2 de longueur, et la hauteur du corps n'était point altérée.* Le col à lui seul était donc plus long qu'un utérus ordinaire dans sa totalité.

La sortie complète de l'utérus dans l'affection appelée chute ou précipitation de cet organe est si rare et l'allongement du col avec la présence du fond dans le bassin si fréquent, que le seul exemple de chute de la matrice avec renversement complet du vagin, représenté par M. le professeur J. Cloquet dans un ouvrage qui renferme vingt-deux planches et cent trente-neuf dessins d'anatomie pathologique, est confirmatif de notre opinion. On ne dira pas, je pense, que cet illustre professeur, voulant représenter les lésions qui caractérisent la maladie, ait choisi à dessein une exception, ou bien encore que le hasard l'ait fait tomber sur cette exception, objection qu'il faudrait aussi adresser aux faits décrits par Saviart, Morgagni, Hoin, Levret et Dance. Afin que le lecteur puisse juger par lui-même de l'exactitude de nos observations, j'ai demandé à M. Cloquet l'autorisation de reproduire les trois dessins qui représentent cette pièce d'anatomie pathologique (*voy.* pl. II, fig. 4, 5, 6), et je vais brièvement en esquisser la description d'après le texte :

« Renversement complet du vagin entraînant avec lui la matrice (M. Cloquet a voulu dire le col) et une partie de la vessie et du rectum chez une femme de quatre-vingts ans.

» Le vagin ainsi renversé formait une tumeur allongée, cylindrique; vers son sommet elle offrait deux tubercules irréguliers, séparés par une légère excavation qui correspondait à l'ouverture vaginale de l'utérus, laquelle était oblitérée. La base de la tumeur présentait en haut et en avant l'orifice dilaté de l'urèthre. Vu à l'intérieur, le vagin formait un sac qui logeait d'avant en arrière : 1° le bas-fond de la vessie et une partie du trigone vésical; 2° le col de l'utérus, le cul-de-sac du péritoine; 3° un prolongement du rectum. Le cul-de-sac utéro-vésical du péritoine était peu profond et ne se prolongeait pas dans la tumeur, comme celui qui existait entre la matrice et le rectum.

» La matrice était petite, allongée et molle; elle offrait une petite tumeur fibreuse; sa longueur n'excédait pas 2 pouces. » (Par matrice M. Cloquet a voulu dire le *corps de l'organe;* or, un corps de l'utérus *qui a 2 pouces* est déjà hypertrophié. Ce qui prouve bien que M. Clo-

Digitized by Google

quet, par *matrice*, n'a voulu qu'indiquer *le corps de l'organe*, c'est qu'il ajoute immédiatement) : « Et elle se continuait insensiblement avec son col, qui avait bien 4 pouces de long (ainsi voilà une matrice qui, dans son ensemble, col et corps, avait 6 pouces de longueur). La cavité du col était libre, assez étroite, et se terminait à sa partie inférieure par une dilatation en forme de cul-de-sac. » Le corps de la matrice était, comme on peut le voir en jetant un coup-d'œil sur le dessin n° 6, à sa place ordinaire, au-dessus du cul-de-sac que formait le vagin renversé. La vessie renfermait deux calculs, chacun du volume d'une petite noix ; le rectum envoyait un prolongement dans la partie postérieure de la tumeur (1).

Dans ce cas c'était, comme dans chacun des faits de Saviart, de Morgagni et de Dance, la portion sus-vaginale du col qui était allongée et hypertrophiée : la partie inférieure du corps avait aussi subi un peu d'élongation.

Si maintenant nous portons nos investigations sur l'ouvrage d'anatomie pathologique le plus important de notre époque, le grand et magnifique travail de M. le professeur Cruveilhier (2), nous voyons qu'il n'a représenté dans la section des maladies de l'utérus que trois pièces relatives au prolapsus de cet organe, qui toutes trois viennent à l'appui de l'allongement hypertrophique et de la chute incomplète, puisqu'il y avait encore une portion de l'utérus dans le bassin. Ce fait important a échappé à l'attention de M. Cruveilhier. Dans la première, qui lui fut donnée par M. Lenoir, la matrice, à partir du fond de sa cavité jusqu'à son orifice vaginal, offre 20 centimètres de longueur ; il est vrai que le col de l'utérus, dans ce cas, semble plutôt être allongé qu'hypertrophié, et avoir été tiré en sens inverse par deux maladies : en bas par une chute du vagin et une rectocèle volumineuse ; en haut par une tumeur fibreuse et un kyste très volumineux du fond de l'organe qui, à cause de leurs grandes dimensions, étaient passés de l'excavation pelvienne dans la cavité abdominale.

Je ne cite ce fait que pour mémoire et sans y attacher une grande

(1) *Thèse de concours pour la chaire de pathologie externe*, par M. J. Cloquet. Paris, 1831 (pl. VIII, fig. 1, 2, 3).

(2) *Anatomie pathologique du corps humain*, avec planches, liv. XIII, pl. IV ; liv. XVI, pl. V, *Maladies de l'utérus* ; — liv. XXVI, pl. IV, *Maladies de l'utérus*.

Digitized by Google

importance. C'est pourquoi, au commencement de ces considérations historiques, je n'ai pas rapporté le fait de Vater (*De sarcom.*, etc.), dans lequel un utérus avait été entraîné en bas par une chute du vagin, tandis qu'un ovaire très volumineux l'empêchait de descendre et même le tirait vers l'abdomen. Mais il n'en est pas de même des deux autres faits, dans lesquels il y a une véritable hypertrophie essentielle. Sur la pièce représentée dans la 16e livraison, pl. V, l'utérus, quoique atteint d'un commencement de bifidité, mesuré depuis le fond de cette échancrure jusqu'au sommet du col, présente 10 centimètres de longueur; et, bien que M. Cruveilhier se taise sur la situation du corps de l'utérus, il nous paraît démontré qu'il ne devait pas être entièrement sorti du bassin, puisque sur la pièce disséquée et où le rectum est renversé en bas, ce qui devait contribuer à entraîner le fond de la matrice dans cette direction, on voit que cette partie de l'organe est encore située derrière la partie inférieure de la symphise du pubis. D'ailleurs, la longueur totale de l'utérus et l'étendue du diamètre transversal du corps qui sont supérieures à la longueur et au diamètre transversal de la base de la tumeur non-disséquée ne laissent aucun doute à cet égard. Aussi l'auteur dit lui-même : « L'utérus est remarquable : 1° par l'étendue de son diamètre vertical; 2° par le rétrécissement ou étranglement de sa partie moyenne; 3° par le développement de son corps et de la partie inférieure de son col... »

Sur la troisième pièce (liv. XXVI, pl. IV), la disposition dont nous parlons est encore bien plus évidente, puisque l'utérus a 12 centimètres de long, et qu'après avoir tiré une ligne du périnée au méat urinaire, on trouve 4 centimètres 1/2 du corps de l'organe encore contenus dans le bassin.

Malheureusement, M. Cruveilhier n'a tiré de ces trois cas aucune induction séméiotique, diagnostique ou thérapeutique.

Dugès et Boivin ont entrevu cette hypertrophie. En parlant du pronostic de la chute de l'utérus et des lésions auxquelles elle peut donner lieu, ils disent : « La matrice déplacée se gonfle, s'allonge parfois au point de doubler presque ses dimensions. Son col surtout s'accroît dans ce sens (1)... » En aucune autre partie de leur ouvrage ils ne reviennent sur ce sujet.

(1) *Traité des maladies de l'utérus.* Paris, 1833, t. I, p. 91.

Digitized by Google

Lisfranc considérait l'hypertrophie utérine comme une des causes les plus fréquentes des différents degrés de l'hystéroptose, et dans la longue énumération des causes qui déterminent cette affection, il s'exprime ainsi : « Les tumeurs qui pressent de haut en bas sur l'organe (l'utérus), et toutes les hypertrophies qui, augmentant son volume et son poids, tiraillent ses ligaments ainsi que le péritoine, et les font céder, peuvent produire les déplacements de l'utérus (t. III, p. 407). »

Plus bas, p. 409, il pense que, si l'avortement est si souvent suivi d'abaissement de la matrice, c'est parce que les accidents qui le suivent « peuvent entretenir, augmenter et même produire l'hypertrophie utérine, sous l'influence de laquelle la chute de la matrice survient. » Mais il paraît avoir ignoré que l'hypertrophie longitudinale de la partie susvaginale du col pût être assez développée pour simuler une chute complète de la matrice avec renversement total du vagin, car il n'en parle dans aucune partie de son livre, pas même dans le second volume, où il traite spécialement de l'hypertrophie de la matrice.

Si les chutes complètes de l'utérus sont aussi fréquentes que le prétendent les auteurs, comment se fait-il que M. Cruveilhier n'en ait pas fait représenter un seul cas dans son ouvrage, à la composition duquel il a travaillé pendant douze ans, et qu'il a terminé par l'histoire des maladies de l'utérus et des ovaires? Mais, dira-t-on, ce que M. Cruveilhier n'a pas fait, d'autres l'ont accompli. Non, à part le cas observé par M. Morel Lavallée sur le cadavre d'une vieille femme dont la vessie renfermait trois ou quatre calculs, et celui publié par Blandin, où la vessie était remplie de calculs et de matière lithique, je ne connais dans les auteurs aucun fait d'anatomie pathologique ou de clinique dans lequel les caractères vraiment pathognomoniques de cette affection aient été indiqués de façon à ce qu'il ne reste aucun doute dans l'esprit d'un homme sérieux. Je crois avoir à peu près lu et analysé tout ce qui a été écrit sur ce sujet depuis un siècle et demi, et dans aucun auteur, sans y mettre trop de sévérité, je n'ai trouvé la preuve irrécusable de l'existence d'une chute complète (1). Il est bien entendu que j'excepte les cas dans lesquels il y a eu un épanchement péritonéal considérable ou des kystes très volumineux des ovaires, circonstances dans lesquelles tous les organes placés dans l'excavation pelvienne tendent à être chassés au dehors. De

(1) Tout ce qui a été publié avant cette époque est trop incomplet et trop confus pour qu'on puisse en tirer rien de précis.

Digitized by Google

même, pour prouver l'existence de l'allongement hypertrophique du col, je ne me suis pas servi des faits où l'utérus est allongé entre deux maladies qui le tirent chacune de son côté. Peut-être nous objecterat-on les faits cliniques figurés et décrits dans l'ouvrage de Dugès et Boivin. Aussi ai-je pris soin de les faire représenter et copier fidèlement, afin de les discuter avec le lecteur.

Si l'on compare la longueur et les autres dimensions des tumeurs 2 et 3 de la planche II qui répondent à la fig. 2, pl. X, et fig. 2, pl. IX de l'atlas de Dugès et Boivin, présentées par ces auteurs comme des exemples de prolapsus complet, aux dimensions des tumeurs décrites par Saviard, Morgani, MM. J. Cloquet, Cruveilhier, et à celles que nous avons représentées aux planches IV, VI, VII, VIII, etc., et dans lesquelles il n'existait qu'un prolapsus incomplet, bien qu'elles eussent un volume plus considérable, on sera presque convaincu qu'il ne s'agissait dans ces deux cas que d'une chute incomplète, et la conviction sera encore plus forte après en avoir lu la description dans le texte.

Pour le malade de la figure 2, voici les détails : — « prolapsus complet de l'utérus avec renversement du vagin passé à l'état chronique depuis plus de trente ans. La malade en avait été atteinte après s'être levée le huitième jour de sa couche pour reprendre ses occupations de palefrenière. Le médecin qu'elle fit appeler replaça l'organe, mit un pessaire. Repos au lit pendant quinze jours. Le pessaire gêne la malade; elle le replace plus tard, puis le retire pour ne plus y revenir.... Ce ne fut qu'à l'âge de cinquante ans que la matrice franchit entièrement la vulve et qu'elle est restée pendante au dehors, sans occasionner d'autres accidents que quelques tiraillements dans les aines et dans la région inférieure du sacrum. La muqueuse du vagin avait pris tous les caractères de la peau. Je fis rentrer facilement la tumeur, mais la malade ne voulut pas qu'on lui appliquât de nouveau un pessaire : je n'insistai pas pour vaincre la répugnance de celle qui était accoutumée à son nouvel état. » Où se trouve la preuve dans cette observation de l'existence d'une chute complète? On n'y voit qu'une assertion de madame Boivin.

Pour le malade de la figure 3 (pl. IX, fig. 2 de Boivin), voici ce qu'on trouve : « une femme de vingt-quatre ans, ayant eu un enfant l'année précédente, sans avoir éprouvé depuis aucune indisposition, franchit d'un seul pas quatre marches d'un escalier; elle sent tout à coup craquer

Digitized by Google

quelque chose dans le ventre, et s'arrête un instant pour respirer. Elle veut continuer sa marche, mais elle se sent un corps étranger sortir de la vulve, et reste persuadée qu'elle va faire une fausse couche.

« Sa maitresse, après l'avoir laissée se reposer quelques heures, l'engage à venir me consulter. L'utérus étant totalement sorti de la vulve, il me fut très facile de rassurer cette femme sur ses craintes. L'organe était du volume naturel ; la malade ne se plaignait que de légers tiraillements dans les aines et dans les régions iliaques et sacrées. Je replaçai de suite l'utérus et l'assujettis avec un pessaire rond. La femme partit en fiacre comme elle était venue, et depuis je n'en ai plus entendu parler. »

Qui donc se contenterait d'observations si incomplètes ? Madame Boivin ne parle ni de la palpation de la tumeur, ni de la situation du corps et du fond de l'utérus ; elle ne dit pas ce que le toucher vaginal et rectal lui a démontré ; elle n'a pas cathétérisé l'utérus. Elle a donc porté un diagnostic *de visu*. De plus il n'y avait aucun trouble fonctionnel important, ou accident des chutes complètes. Les malades éprouvaient seulement quelques tiraillements dans les aines et dans la région du sacrum.

Enfin chez la première, la maladie a marché dans son évolution comme l'hypertrophie longitudinale, et la malade ne pouvait, comme cela a souvent lieu dans cette affection, supporter un pessaire. Chez la seconde, la maladie s'est développée tout à coup dans une chute, et deux heures après elle était chez madame Boivin. Mais qui donc a jamais vu un prolapsus complet se produire tout d'un coup à la suite d'un effort ou d'une seule chute? D'ailleurs la totalité de la tumeur n'avait d'après le dessin, que 6 centimètres de hauteur, et l'utérus seul, dépouillé du vagin, chez une femme qui n'a pas eu d'enfants, a ordinairement 7 ou 7 centimètres 1/2.

Pour la troisième malade (pl. II, fig. 1) qui répond à la planche X, fig. 1, de Boivin, sur la tumeur de laquelle on a représenté une ouverture idéale pour démontrer le prolongement de la vessie dans le prolapsus, madame Boivin n'a pu être portée à dire, comme on va le voir par l'analyse fidèle de l'observation, qu'il y avait chute complète que d'après le volume de la tumeur et non d'après un examen attentif.

« Une dame âgée de cinquante-cinq ans, aliénée, ayant eu plu-

Digitized by Google

sieurs enfants, sujette à l'incontinence d'urine depuis huit mois environ, époque à laquelle elle fit une chute d'un lieu élevé de plusieurs pieds sur les reins. Elle ne se plaignait d'aucune sensation douloureuse. Comme on la changeait de chemise en ma présence, j'aperçus aux parties génitales une tumeur volumineuse qu'il me fut facile de reconnaître pour un prolapsus complet de l'utérus et du vagin. La surface était excoriée et ulcérée sur divers points. Je fis rentrer la matrice avec facilité. »

Madame Boivin se proposait d'appliquer un pessaire à cette femme lorsque ses parents l'emmenèrent de la maison de santé. Il est possible qu'il y ait eu chez cette malade une chute complète de l'utérus, mais madame Boivin ne l'a nullement démontré, ni par les symptômes, ni par le compte rendu de l'examen de la tumeur, ni par le volume de celle-ci, puisque nous en avons cité et que nous en voyons tous les jours d'aussi volumineuses, et même de plus volumineuses, dans lesquelles il n'y a qu'une chute incomplète et qui ne sont que des hypertrophies longitudinales.

Voici comment nous avons été amené à formuler la proposition qui commence cette deuxième partie et à laquelle les considérations historiques qui précèdent donnent tant de force.

Vers le milieu de l'année 1843, je commençais à appliquer à l'étude des maladies de l'utérus un nouveau moyen de diagnostic, le cathétérisme de la cavité utérine, lorsque le 7 novembre entra dans mon service à l'hôpital de Lourcine une nommée Bre.. Ros.. pour des tubercules muqueux et un prolapsus utérin qui me paraissait complet; il fut dessiné de suite par M. Guérineau, élève du service (*voy.* pl. V, fig. 1). Le surlendemain, lorsque je fis monter la malade sur le lit du spéculum pour l'examiner, la tumeur s'était presque entièrement réduite : elle venait seulement faire saillie de 1 centimètre 1/2 au-dessous de l'ouverture vulvaire (obs. 13, pl. V, fig. 2). Je me contentai alors de sonder la cavité utérine et de reconnaître qu'elle avait 10 centimètres 1/2 de long, ce que je considérai comme une exception. Je n'y arrêtai pas d'avantage mon esprit. La malade ne s'étant plus plainte, je ne m'occupai que de son affection syphilitique.

Le 21 avril 1845, il entra dans mon service une malade nommée Flo... Agl... qui était atteinte d'une chute incomplète de l'utérus, et

Digitized by Google

chez laquelle je constatai, par le cathétérisme utérin, un allongement de la cavité de la matrice ; mais, comme il existait en même temps vers le fond de l'organe une tumeur fibreuse du volume d'un œuf, j'attribuai cet agrandissement de la cavité à la présence de la tumeur.

Enfin, le 24 mars 1846, se présenta à l'hôpital, pour se faire traiter d'une chute complète de la matrice, une nommée Fol... Mar... Ch... Le volume de la tumeur était si considérable, et le vagin si complétement renversé, que je crus, ainsi que les personnes qui étaient présentes, à une véritable précipitation, et je fis dessiner la tumeur pour servir à l'histoire iconographique de la chute de la matrice (obs. 14, pl. IV).

Huit jours après son entrée, le 2 avril, la malade succomba à une maladie intercurrente, et à l'autopsie je vis, à ma grande surprise, que le corps de l'utérus était à sa place ordinaire dans le bassin ; qu'il était peut-être même plus élevé que d'habitude. Je pensai alors que quelqu'un avait réduit l'utérus pendant les derniers moments de la vie, ou après la mort, et j'écartai les cuisses du sujet pour m'en assurer. Je pus me convaincre que la tumeur était la même que pendant l'existence et que j'avais pris, avec les auteurs et les praticiens, pour une précipitation de la matrice, un allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale de cet organe. Je présentai cette pièce à l'Académie de médecine, lors de la discussion qui eut lieu en 1849 sur les déviations et les engorgements de la matrice (1), pièce que je puis encore aujourd'hui soumettre à l'examen de l'Académie.

L'année s'était à peine écoulée, que je trouvai sur le cadavre d'une vieille femme de la Salpétrière transportée à Clamart pour servir aux études anatomiques, le col utérin saillant hors de la vulve. J'ouvris l'abdomen, et je vis le fond de la matrice flottant au milieu des intestins à 3 ou 4 centimètres au-dessous de l'ombilic. Les organes génitaux enlevés, je mesurai l'utérus qui avait plus de 24 centimètres de long. Il fut dessiné par un de mes élèves, M. le docteur Chaussat, qui le fit voir à l'hôpital de la Charité à MM. Rayer et Cazeaux. Je le présentai même quelque temps après à la Société de chirurgie (obs. 15, planche V, fig. 4).

Depuis cette époque, mon attention étant fixée sur ce fait d'anatomie pathologique, je l'ai mainte fois constaté tant sur le cadavre que sur la femme vivante, mais surtout sur cette dernière que j'ai examinée d'une

(1) *Bulletin de l'Académie*, t. XV, p. 351.

Digitized by Google

façon toute spéciale, de manière qu'il ne puisse rester aucun doute, pas plus pour moi que pour les autres, et je puis certifier que l'affection que l'on prend généralement pour une chute de l'organe gestateur n'est autre chose qu'un allongement hypertrophique.

Pour établir d'une manière aussi exacte que possible le rapport de fréquence qui existe entre la précipitation de la matrice et l'hypertrophie longitudinale qui la simule, j'ai commencé par faire table rase de tous les faits que j'avais observés, soit au bureau central, soit dans les hôpitaux dont j'ai fait le service jusqu'au moment où j'ai inventé l'hystérométrie, seul moyen qui me permît d'apprécier au juste la longueur de l'utérus prolapsé et de la comparer à celle de la tumeur sous-vulvaire, ainsi qu'à celle de l'utérus à l'état sain. Il résulte de ce relevé que sur soixante-quatre cas observés *depuis* 15 *ans*, tant dans les hôpitaux qu'en ville, je n'en ai trouvé que deux dans lesquels il y eût une véritable chute complète de la matrice hors du bassin sans allongement hypertrophique. Le premier a été observé à l'hôpital de Lourcine, sur une vieille femme qui en fut seulement atteinte à 61 ans, à la suite d'un violent effort (obs. 11); le second à Beaujon, dans un troisième fait particulier, le seul que j'ai trouvé dans cet établissement où le prolapsus se présente si souvent (1), il y avait en même temps hypertrophie longitudinale et rétroflexion complète de l'utérus. Après un premier examen, l'hystéromètre ne pénétrant qu'à 5 ou 6 centimètres, et les doigts introduits dans le rectum sentant parfaitement le vide absolu qui existait entre cet intestin et la vessie, je crus qu'il y avait précipitation complète de la matrice sans allongement hypertrophique. Etonné de ce fait exceptionnel, j'examinai de nouveau la tumeur qui avait une forme particulière, et je reconnus que la matrice était en rétroflexion. Le fond de l'utérus était abaissé au niveau du museau de tanche et placé derrière le col. Je relevai le fond de la matrice avec le doigt introduit dans le rectum, et l'hystéromètre porté de nouveau dans la cavité utérine pénétra à une profondeur double de celle à laquelle il était arrivé la première fois, arrêté qu'il avait été par l'angle de flexion (*voy.* obs. 24, pl. XI, fig. 1).

(1) A cause des nombreuses buanderies de Boulogne, de Courbevoie, de Saint-Cloud, d'Auteuil, de Billancourt, etc. Nous verrons que la profession qui y expose le plus est celle des blanchisseuses.

Digitized by Google

Pour composer cette série de soixante-quatre malades, j'ai pris toutes celles qui, d'après les caractères donnés par les auteurs, pouvaient être considérées comme atteintes de chute complète, chez lesquelles la longueur de la tumeur était au moins égale à celle de l'utérus à l'état normal, mais qui le plus souvent la dépassait, et dont le vagin était entièrement renversé ou peu s'en fallait. J'ai mis de côté tous les cas d'abaissement, de descente de la matrice et même ceux dans lesquels le col et le conduit vulvo-utérin en partie renversé et invaginé, venaient faire une saillie de 2 ou 3 centimètres hors de la vulve, cas que les auteurs et les praticiens désignent sous le nom de *sémi-prolapsus* ou de chute incomplète.

Depuis que je m'occupe de ce fait d'anatomie pathologique, je l'ai fréquemment montré aux personnes qui suivent ma visite; il a été également plusieurs fois constaté par mon collègue de l'hôpital Beaujon, M. Robert.

A la société de chirurgie, où dans plusieurs circonstances j'ai entretenu mes collègues de cette partie de la science, M. Demarquay présenta, dans la séance du 24 mai 1854, un fait à l'appui de mon opinion, et rapporté en ces termes dans le bulletin : « Sur le cadavre d'une vieille femme atteinte de prolapsus, M. Demarquay examina avec soin les viscères placés dans le petit bassin, et constata, comme l'avait fait M. Huguier, que le corps de l'utérus avait sa position normale, et que le col de cet organe faisait seul hernie à l'extérieur, ce qui tenait à l'élongation considérable de cet organe. L'organe gestateur enlevé avec la vessie, M. Demarquay constata 12 centimètres de longueur. »

Depuis cette époque M. Chassaignac a vu et opéré six malades atteintes de cette maladie; toutes les six avaient un allongement hypertrophique du col. Chez une seule le corps de l'utérus était complétement sorti, parce qu'il était en rétroflexion; mais aussitôt qu'on redressait cette partie pour lui rendre sa direction naturelle, elle rentrait dans le bassin, bien que le reste de la tumeur sous-vulvaire ne soit pas réduit. Enfin, depuis la note que j'ai publiée dans la *Gazette hebdomadaire*, MM. Cazalis et Cusco n'ont plus trouvé à la Salpêtrière que des chutes incomplètes, accompagnées d'allongement de la portion sus-vaginale chez les femmes que l'on considérait comme atteintes de précipitation de la matrice. Dans ce moment il existe dans le service de M. Cusco, salle Saint-Antoine, n° 14, une femme âgée de quatre-vingt-quatre ans, affligée de

Digitized by Google

cette affection, et ce cas confirme notre manière de voir. Cependant la tumeur est assez longue pour que le vagin soit complétement renversé, aussi bien la paroi antérieure que la postérieure (1).

Si, sur les malades que j'ai observées, la véritable chute de la matrice était chose rare, et l'allongement hypertrophique du col un fait beaucoup plus fréquent, il devait en être de même sur les pièces envoyées au musée Dupuytren pour servir à l'étude de la précipitation de la matrice. Or, le 5 juillet 1858, j'ai fait avec le conservateur du musée, M. Houel, dont on connaît l'habileté et l'amour pour la science, la visite et la dissection de ces pièces qui sont au nombre de quatre (2). Sur trois d'entre elles il y a une chute incomplète de l'organe; le corps encore contenu dans le bassin remonte jusqu'au milieu de la hauteur de la symphonie du pubis, la portion sus-vaginale du col a subi un allongement hypertrophique et est seule sortie. Sur la quatrième pièce il y a une chute complète due à deux conditions exceptionnelles que j'indiquerai dans un instant; de sorte que sans ces conditions il est presque certain que la chute eût été incomplète, et que le musée n'eût pas renfermé un seul exemple de véritable précipitation utérine. J'ai fait dessiner cette pièce à cause de sa rareté, et pour montrer comment dans ce cas l'utérus a dû être précipité entièrement hors du bassin (pl. III, fig. 1). Voici une analyse de la description de ces quatre pièces faite avec M. Houel.

Première pièce, n° 346, donnée par M. Cruveilhier, en 1837.

Le corps de l'utérus est en rétroflexion presque à angle droit sur le col; il y a une légère latéroversion gauche, avec légère rotation de l'organe sur son axe; l'angle gauche regarde un peu en arrière. Pour sonder toute l'étendue de la cavité utérine, on est obligé de redresser la flexion. Longueur de cette cavité, 9 centim. 2 millim.; longueur totale de l'utérus, 10 centim. 1/4; largeur du corps, 4 centim. 1/2; largeur à l'union du col avec le corps, 1 centim. 1/2. Portion sous-vaginale (museau de tanche), un peu plus développée qu'à l'état naturel.

(1) Dans la seule autopsie de chute de l'utérus que M. le professeur N. Guillot eut occasion de pratiquer pendant son séjour à la Salpêtrière, l'utérus, hypertrophié longitudinalement, avait 7 pouces 9 centimètres de long.

(2) Deux de ces pièces n'étaient pas assez complétement disséquées pour qu'on pût bien les apprécier.

Digitized by Google

Le fond de l'utérus, bien que cet organe soit en rétroflexion, est encore situé au milieu de la hauteur de la symphise des pubis. Lorsqu'on a redressé la flexion, le fond s'est élevé jusqu'à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la symphise.

Deuxième pièce, n° 347, donnée par M. Barth comme chute complète, présentée et adressée comme telle au Musée par M. Cruveilhier. Longueur totale de l'utérus, 10 centim. 1/2; largeur du corps 3 centim.; largeur à l'union du col avec le corps, 1 centim. 1/2. La portion sous-vaginale du col est atteinte d'hypertrophie excentrique. Diamètre transversal, 4 centim.; diamètre antéro-postérieur, 3 centim. 1/2. L'orifice utéro-vaginal est oblitéré; l'oblitération remonte dans la cavité du col jusqu'à 1 centim. d'étendue. — Le fond de l'utérus est situé au milieu de la hauteur de la symphise pubienne.

Troisième pièce, n° 349, donnée par M. Barth. Longueur totale de l'utérus, 11 centim. 1/4; largeur du fond, 4 centim. 3/4; largeur à l'union du col avec le corps, 3 centim.; épaisseur des parois, 1 centim. 1/2. La portion sous-vaginale du col est atteinte d'une légère hypertrophie excentrique. Le fond de l'utérus est situé au milieu de la hauteur de la symphise du pubis, bien que le vagin soit complétement renversé.

Ces trois pièces, sur lesquelles il y a une chute incomplète et un allongement hypertrophique, ont été recueillies sur des vieilles femmes (de la Salpêtrière), où l'utérus est, comme on le sait, plus ou moins atrophié, par suite des progrès de l'âge. Si donc elles eussent été observées sur des femmes jeunes, ou même âgées de quarante ou quarante-cinq ans, il est probable que l'organe gestateur eût offert une longueur encore plus considérable, et que le fond eût été trouvé placé plus haut.

Quatrième pièce, n° 348, on ne sait par qui elle a été donnée au Musée, bien qu'elle soit la plus rare et la plus curieuse (pl. III, fig. 1). Dimensions de la tumeur extra-vulvaire : longueur du sommet du col au méat urinaire, 9 centim.; largeur, vers le milieu de la longueur, 10 centim. Cette grande dimension en largeur n'est pas produite, comme nous l'avions pensé avant la dissection complète de la tumeur, par la portion de la vessie placée dans sa partie antérieure, mais par les parties latérales du vagin très dilatées.

Dimensions de l'utérus : longueur totale, 7 centim. 1/4; largeur du

Digitized by Google

corps au niveau des trompes, 3 centim. 3/4; épaisseur, 1/2 centim. Volume de la portion sous-vaginale : il est à peu près le même qu'à l'état normal. Longueur du col : il est impossible de la déterminer, parce qu'à partir de l'insertion vaginale les parois du tissu utérin vont rapidement en s'atrophiant, au point que, vers le fond de l'organe, elles n'ont plus qu'un millimètre d'épaisseur, péritoine compris.

L'orifice vaginal du col n'existe plus; la cavité de celui-ci se confond insensiblement avec celle du corps. Ces deux cavités, élargies par suite de l'atrophie des parois dont les couches internes ont été détruites, renferment une matrice pulpeuse d'un blanc jaunâtre. Cette atrophie du corps et du fond de l'organe est telle, que M. Houel m'a assuré n'en avoir jamais vu de pareille.

L'orifice vaginal du col était presque entièrement oblitéré; ce n'est qu'avec une certaine difficulté que nous avons pu y faire pénétrer un stylet de trousse sans rien déchirer.

Après avoir incisé longitudinalement la paroi postérieure du vagin, nous vîmes que l'utérus était comme tassé sur lui-même, un peu incliné et plus bas à gauche qu'à droite.

Le fond de l'utérus est au niveau de l'ouverture vulvaire, le bord et l'angle gauches de l'organe sont placés plus bas à gauche qu'à droite. La trompe, le ligament rond et le ligament de l'ovaire gauche forment un faisceau qui se porte obliquement en haut et en dehors vers le détroit supérieur du bassin.

Les ovaires étaient eux-mêmes atrophiés et réduits à un petit noyau d'un centimètre de long sur 8 millimètres de large.

La portion de la vessie qui n'est pas descendue avec l'utérus et qui est restée dans la cavité pelvienne au-dessus de cet organe atrophié, contient un gros calcul phosphatique de forme triangulaire dont la base pèse sur le fond de l'utérus. Ce calcul a 4 centimètres de hauteur sur une largeur de 4 centimètres à sa base et une épaisseur de 3 centimètres.

Avec deux semblables affections il était bien difficile que le prolapsus utérin dont était atteinte la malade ne fût pas complet; d'une part, une atrophie du corps et de la portion sus-vaginale du col; d'autre part, un calcul volumineux qui devait déterminer de fréquents besoins d'uriner et solliciter, à chaque instant, des contractions et des efforts d'expulsion qui devaient agir d'autant plus sur l'utérus que celui-ci était placé im-

Digitized by Google

médiatement au-dessous de lui. — Enfin, un vide dans l'excavation pelvienne, vide que le rectum, qui n'était plus soutenu en avant par l'utérus, devait remplir au moment des efforts de l'évacuation. De sorte que l'organe gestateur se trouvait pris entre deux forces expulsives, la vessie et le calcul qui le poussaient en bas et en arrière, — le rectum et les matières qui le poussaient en bas et en avant : aussi l'avons-nous trouvé dans le vagin courbé et affaissé sur lui-même.

D'après les preuves historiques, cliniques et anatomo-pathologiques que nous venons de passer en revue, il n'est guère possible de nier, non-seulement l'existence, mais encore la fréquence de l'allongement et de la précipitation seule du col de l'utérus dans les affections que l'on a improprement désignées sous le nom de *chute complète de la matrice*, puisque le plus souvent le corps de cet organe est encore renfermé dans le bassin.

CHAPITRE DEUXIÈME.

CARACTÈRES ANATOMO-PATHOLOGIQUES ET SIGNES PHYSIQUES DE L'ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE DE LA PORTION SUS-VAGINALE DE L'UTÉRUS.

En décrivant les modifications et les altérations que l'utérus et les organes avec lesquels il a des rapports plus ou moins intimes et immédiats, éprouvent dans cette affection confondue jusqu'à ce jour avec la précipitation utérine, nous ferons, naturellement et chemin faisant, connaître la plupart des signes physiques qui la caractérisent et la distinguent des autres maladies avec lesquelles elle a de grandes analogies. Et commençons par l'utérus lui-même, centre autour duquel gravitent en quelque sorte tous les changements qu'ont éprouvés les organes qui l'entourent; ce qui ne veut pas dire cependant que les modifications de ces organes aient toujours été consécutives à celles éprouvées par l'utérus et qu'elles n'en aient été que la conséquence. Non, il arrive quelquefois qu'elles se manifestent les premières, ou en même temps que celles de l'organe gestateur.

Dans cette affection, la matrice, mais principalement la portion sus-vaginale du col et la partie inférieure du corps ont subi un allongement hypertrophique plus ou moins considérable, de telle sorte que la longueur totale de l'organe varie entre 11 et 24 centimètres ; je n'en ai

Digitized by Google

jamais rencontré de plus ou de moins étendue. Il est bien entendu qu'il s'agit ici de la longueur de l'utérus dans la maladie, que les praticiens désignent sous le nom de chute complète, et non dans la descente ou semi-prolapsus. Sur deux des pièces du musée Dupuytren, le minimum de la longueur est de 10 1/2 centimètres. Il faut dire que ces pièces ont été recueillies sur des vieilles femmes de Salpêtrière, et que depuis longtemps ces pièces plongées dans un liquide conservateur ont dû subir un mouvement de retrait, qu'indique au reste la densité anormale de leur tissu. Sur 64 cas que je possède maintenant, la moyenne de la longueur est de 12 centimètres. Cette partie de l'utérus a généralement conservé son épaisseur et sa largeur naturelles. Quelquefois ces deux dimensions sont légèrement augmentées, et dans quelques cas, surtout chez les sujets âgés, elles sont un peu diminuées. M. Cruveilhier nous paraît être dans l'erreur lorsqu'il dit que cette portion de l'organe est souvent très rétrécie, et qu'il en donne pour preuve la pièce qu'il a fait représenter dans la fig. 3, de la XVI^e^ livraison de son ouvrage. Ce prétendu rétrécissement a 23 millimètres d'étendue transversale. C'est autant et plus que n'en présente quelquefois, en ce point, l'utérus à l'état sain. Ce n'était donc là qu'un rétrécissement relatif et non absolu, qui tenait au développement excentrique du corps et de la portion sous-vaginale du col de l'organe. — On trouve surtout cette partie rétrécie lorsque sa chute est consécutive à une cystocèle, à une rectocèle ou à une chute du vagin qui l'entraîne par véritable traction.

Le corps de la matrice a ordinairement conservé son volume normal. Il n'est cependant pas rare de le voir un peu plus développé et participer au mouvement hypertrophique; mais on ne peut dire d'une manière absolue avec M. Jobert, que le volume de cette partie soit augmenté. — Le fond de l'utérus, à moins que cet organe ne soit en rétroflexion complète, comme dans la 24^e^ observation, est habituellement situé au milieu de la hauteur de la symphise du pubis, quelquefois un peu plus haut, d'autre fois un peu plus bas; mais toujours il est resté dans le bassin. Dans un cas je l'ai vu atteindre le bord supérieur du pubis; dans une autre circonstance tout à fait exceptionnelle, il flottait dans la cavité abdominale.

La portion sous-vaginale du col (museau de tanche) a subi des changements très notable; elle ne fait plus ou presque plus de relief; elle

Digitized by Google

est épanouie du centre à la circonférence, les lèvres sont entièrement effacées, et la base du cône qu'elle formait avant la précipitation, se confond alors presque sans ligne de démarcation avec l'extrémité supérieure des parois du vagin renversées. Anatomiquement, c'est-à-dire à la dissection, cette démarcation n'est guère plus tranchée. Ce qui fait que cette limite en général n'est plus apparente, c'est que la courbe à convexité inférieure que présente la surface vaginale du col ainsi épanoui, se confond avec celle que forme l'extrémité supérieure du vagin renversée et devenue inférieure. Cette courbe du col n'est que la partie centrale de la grande courbe générale que présente la tumeur sous-vulvaire. Si l'on veut avoir quelque chance de faire reparaître le cul-de-sac vaginal, ou les limites qui séparent le col du vagin (et cela peut être quelquefois utile), il faut réduire la tumeur et rendre aux parois utérines et vaginales la direction propre à chacune d'elles. Rien n'est plus propre à démontrer ce fait que les deux premières figures de la pl. V de la XVI[e] livraison de l'ouvrage de M. Cruveilhier et qui appartiennent au même sujet.

La portion sous-vaginale du col est habituellement le siége d'une hypertrophie excentrique, surtout si la maladie existe depuis longtemps. Elle peut présenter jusqu'à 7 centimètres d'étendue transversalement, en général elle est seulement doublée. Une chose bien remarquable, c'est que cette étendue en surface ou en largeur semble exister aux dépens de la hauteur ou de la longueur du museau de tanche, et je n'ai jamais vu un allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col (prolapsus complet des auteurs) exister avec un allongement de même nature de la portion sous-vaginale. Le cas d'allongement hypertrophique que Dugès et Boivin ont fait représenter dans la XI[e] pl. de leur atlas, fig. 1 et 2, et que nous avons reproduit (pl. I, fig. 8 et 9), existait avec une simple descente et non avec un prolapsus complet, comme on peut s'en assurer en jetant un coup-d'œil sur le dessin.

L'orifice utérin que présente cette portion de l'organe en occupe ordinairement le centre et est dirigé en avant. Quelquefois il est placé et dirigé à droite ou à gauche. Bien que sa forme soit généralement celle d'une fente transversale, irrégulière, mamelonnée et fissurée suivant le nombre des enfants qu'a eus la femme et les affections conco-

Digitized by Google

mitantes qui peuvent y siéger, il n'est pas de forme, tant variée qu'on puisse la supposer, qu'il ne présente quelquefois. Après la forme transversale, c'est la semi-lunaire qui est la plus fréquente.

On peut en dire autant des dimensions de cette ouverture qui offre beaucoup de variétés. Dans la majorité des cas, cet orifice est considérablement agrandi; il peut présenter jusqu'à 5 centimètres. La première, comme la plus efficace et la plus fréquente des causes de cet agrandissement, tient au grand nombre d'enfants qu'ont eus en général les femmes atteintes de cette maladie ; la seconde tient à ce que fréquemment leur premier accouchement a été laborieux et a nécessité soit une version, soit une application de forceps, manœuvres dans lesquelles le col a été plus ou moins déchiré. Enfin il y a une troisième cause de l'agrandissement de l'orifice utérin dont le mécanisme est physiologico-pathologique et tout à fait en dehors de toute espèce de traumatisme. Chez certaines femmes qui n'ont pas eu d'enfants, mais qui sont atteintes depuis longtemps de la maladie avec renversement complet du vagin, l'utérus, tant à cause de l'augmentation de son poids qu'à cause des pressions que son corps encore situé dans le bassin éprouve de la part des muscles de l'abdomen et des viscères abdominaux, tend de plus en plus à descendre et à se précipiter au dehors; mais il est arrêté par la résistance des parois vaginales qui ne sauraient descendre, céder, ni se renverser davantage, et alors elles exercent une traction du centre à la circonférence, ou, si vous voulez, de dedans en dehors, sur les bords de l'ouverture et les renversent dans ce sens en attirant même quelquefois à l'extérieur une partie de la surface interne de l'organe. Notre savant collègue, M. Jobert (de Lamballe), nous paraît s'être trompé, lorsque, dans une leçon qu'il a faite tout récemment sur ce sujet, il attribua l'agrandissement de l'ouverture du col et le renversement de ses bords en dehors à la *disposition de certaines fibres musculaires environnantes* (1). Cette espèce d'extra-version de l'utérus sur laquelle je reviendrai plus loin, s'opère plus facilement chez les femmes qui ont eu des enfants et dont l'orifice utérin était déjà agrandi.

La cause que nous venons d'indiquer en dernier lieu a une action plus efficace lorsqu'elle est précédée des deux premières. C'est à cette

(1) Voy. *Union médicale* du 12 août 1858.

Digitized by Google

traction secondaire et consécutive des parois du vagin qu'il faut attribuer le plus souvent la disparition des lèvres du museau de tanche, le peu d'épaisseur des bords de l'orifice et l'aspect particulier qu'il présente assez fréquemment lui-même, aspect qui n'est autre que celui de la surface interne du col et que nous décrirons plus bas.

Chez quelques femmes qui n'ont pas eu d'enfants et qui sont atteintes de cette affection dès leur jeunesse, on a vu cette dilatation de l'orifice être produite par des manœuvres directes exercées, soit par la malade elle-même, soit par une personne étrangère dans le but d'accomplir l'acte de génération.

Si, en raison de tous ces motifs, l'ouverture du col est souvent plus étendue qu'à l'état normal, il n'est cependant pas rare de la voir plus étroite, ou même réduite à un simple pertuis susceptible de laisser seulement passer une sonde cannelée ordinaire ou un simple stylet de trousse. Quelquefois, et plus particulièrement chez les vieilles femmes, plus ou moins longtemps après la ménopause, cette ouverture est entièrement oblitérée. J'ai déjà observé cette disposition deux fois, et il n'est guère de praticien versé dans la pratique des maladies des femmes qui ne l'ait rencontrée. Dans ce cas de rétrécissement considérable, ou d'oblitération complète de l'orifice du col, il arrive souvent que la cavité de l'utérus est agrandie, les parois utérines dilatées et amincies par l'accumulation d'une matière épaisse, noirâtre ou d'un blanc rosé. Il ne faudrait pas confondre cet agrandissement particulier et tout à fait accidentel avec celui qui nous occupe.

L'utérus qui est le siége d'une semblable hypertrophie longitudinale a habituellement la forme d'un cône allongé et aplati, dont le sommet est dirigé en bas. Mais si le corps et le museau de tanche sont le siége d'une hypertrophie excentrique, il prend la forme d'une calebasse, disposition qui n'est qu'une exagération de la configuration naturelle.

La direction de l'utérus, en raison de l'excès de longueur de cet organe, de la présence de son corps dans l'excavation pelvienne et de la précipitation au dehors de son col qui peut faire au-dessous de la vulve une saillie de 8 ou 9 centimètres et quelquefois plus, est généralement complexe et variable, suivant les rapports qu'il a conservés avec les viscères voisins, l'état de ces viscères et la position que prend la malade.

Digitized by Google

Dans le plus grand nombre des cas, la malade étant debout, la totalité de la matrice présente une courbure à concavité antérieure qui tend à embrasser la vessie et le pubis; son corps est donc dirigé de haut en bas et d'avant en arrière, suivant l'axe du détroit supérieur, et son col de bas en haut et d'avant en arrière, suivant l'axe du détroit inférieur. Cette anté-courbure dont on s'assure facilement par le toucher et par l'hystérométrie, mais par cette dernière surtout, est favorisée par la diminution considérable de la portion de la vessie qui reste derrière le pubis et qui attire le corps utérin vers cette partie du squelette; par la traction que le feuillet rectal du cul-de-sac postérieur du péritoine exerce sur l'extrémité supérieure du rectum, et par la chute des intestins grêles derrière le fond de l'utérus, de telle sorte que le plus souvent, bien que l'on examine la malade couchée sur le dos, on trouve encore cette courbure antérieure. D'autre fois, soit parce que la portion rétro-pubienne de la vessie a un volume considérable, soit parce que des adhérences ou de fausses membranes plus ou moins étendues unissent la face postérieure ou le fond de l'utérus au rectum, soit enfin parce que le diamètre sacro-pubien du bassin est très étendu, le corps de l'organe est porté en arrière vers la concavité du sacrum, la courbure antérieure est redressée et les deux parties qui composent la matrice n'ont plus qu'un même axe et une même direction qui sont parallèles à l'axe du détroit inférieur. Enfin il peut arriver que l'utérus soit en rétroflexion plus ou moins complète, comme nous l'avons observé deux fois, et alors sa direction devient complexe et en sens inverse de la première.

Quant à la direction de la portion du l'utérus pendante entre les cuisses, c'est-à-dire de la totalité du col, bien qu'en général elle soit, comme je l'ai déjà dit, la même que celle de l'axe du détroit inférieur, elle varie cependant suivant la longueur de la tumeur, la souplesse des tissus, la portion plus considérable de vessie ou de rectum qui entre dans la composition de la masse sous-vulvaire et l'état de plénitude ou de vacuité de ces parties viscérales. Elle varie aussi suivant la position que prend la malade.

Lorsque par hasard il existe une véritable et complète chute de la matrice, que cet organe pend au fond du vagin entièrement renversé, il n'y a plus de direction fixe, soit absolue, soit relative à la cavité pelvienne. L'utérus obéissant presque entièrement aux lois de la pesanteur

Digitized by Google

change de direction suivant l'attitude de la malade, et je ne saurais partager l'opinion de mon habile collègue, M. Jobert (de Lamballe), qui professe que dans le déplacement complet de l'utérus « cet organe se dirige suivant l'axe du détroit inférieur, c'est-à-dire de haut en bas et d'arrière en avant. » Ce que vient de dire cet éminent praticien peut quelquefois s'appliquer au semi-prolapsus, mais non au prolapsus complet.

Je demande pardon au lecteur d'avoir insisté si longuement sur les diverses directions de l'utérus longitudinalement hypertrophié et plus ou moins prolapsé. Mais ces détails sont de la plus haute importance au point de vue du diagnostic, de l'hystérométrie et même de la thérapeutique, et c'était pour moi une raison suffisante pour ne point les laisser de côté.

Si dans cet allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col on examine la structure du parenchyme de l'utérus, on voit qu'il est le plus souvent dans l'état normal, que les artères et les veines ont subi un développement proportionnel; mais rien n'annonce qu'elles soient le siége d'une altération particulière dans la structure de leurs parois. La consistance du tissu est la même; quelquefois, surtout chez les vieilles femmes, elle est diminuée. Dans d'autres circonstances plus rares encore, elle m'a paru augmentée. J'ai été à même de m'assurer maintes fois de ces caractères anatomiques sur des pièces pour ainsi dire vivantes, que je venais d'enlever sur des malades qui depuis longtemps souffraient de cette affection.

Ce que je viens de dire de l'état du tissu de la portion sus-vaginale de l'organe gestateur, je ne saurais le répéter pour la partie sous-vaginale, qui est souvent le siége d'une foule d'altérations qui sont autant de complications que nous examinerons plus loin. C'est une erreur de croire que la membrane muqueuse de la cavité utérine soit, comme on le dit, épaissie et engorgée. A un centimètre et souvent moins de l'orifice du col, elle est tout à fait saine dans le plus grand nombre des cas. Il n'en est pas de même des follicules.

La structure différente du corps et du col de l'organe, structure qui n'est point altérée, nous a permis de constater de la manière la plus positive que l'allongement siégeait le plus souvent et uniquement sur la portion sus-vaginale du col.

Digitized by Google

La vessie étant intimement unie à toute la longueur de la paroi antérieure du vagin et du col utérin, envoie constamment un prolongement plus ou moins considérable dans l'épaisseur de la portion supérieure et correspondante de la tumeur sous-vulvaire. Ce prolongement vésical est quelquefois formé par la partie antérieure de la base de l'organe, mais le plus souvent par la totalité de cette base, si le vagin est complétement renversé. On trouve donc presque toujours l'extrémité inférieure des uretères sur les faces latérales et postérieures de cette partie de la vessie, d'où une tension et un allongement plus ou moins considérables éprouvés par ces conduits, de la présence desquels il faut se rappeler lors de l'opération que nécessite souvent cette affection. Ils sont placés sur les parties latérales du pédicule de la tumeur (pl. VI, fig. 2), ou bien un peu plus bas, vers l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs.

L'urèthre, placé en partie dans l'épaisseur de la paroi antérieure du vagin, a subi des changements considérables sur lesquels il est nécessaire de nous arrêter, parce qu'en général ils ont été mal compris.

L'extrémité supérieure ou vésicale de l'urèthre est devenue inférieure; sa paroi antérieure est devenue postérieure, et *vice versâ*. Au lieu de présenter une seule ligne, qui décrit une légère courbe à concavité supérieure, et dont l'ensemble est dirigé obliquement de bas en haut et d'avant en arrière, il offre une courbure à concavité antérieure et inférieure, qui tend à embrasser le tubercule antérieur du vagin (pl. VI, fig. 2). Par suite du changement de direction que la portion herniée de la vessie a fait éprouver à ce canal, et de la traction qu'elle a exercée sur lui, sa moitié antérieure, qui se porte du vestibule au bord inférieur du ligament sous-pelvien, est raccourcie et devenue horizontale dans l'étendue de 10 à 12 millimètres. Le méat urinaire, au lieu d'être légèrement saillant, est enfoncé et rentré en dedans. Il est quelquefois précédé d'une sorte de dépression infundibuliforme, très bien représentée dans les planches de Dugès et Boivin, et de M. Cruveilhier.

Mais, une fois que le canal a traversé le plan aponévrotique et musculaire, formé par la rencontre du bord antérieur de l'aponévrose moyenne du périnée avec le ligament sous-pubien et les fibres charnues du muscle de Wilson, placées immédiatement derrière, libre de toute entrave, il se porte de suite en bas, et quelquefois même en bas et en

Digitized by Google

avant, suivant l'étendue de la portion vésicale herniée, la quantité d'urine qu'elle renferme, et les efforts que fait le malade.

Le canal forme donc, au moment où il traverse le plan aponévrotique et musculaire, un angle droit dont le sinus est en bas, angle qui interrompt la cavité uréthrale en mettant en contact intime les deux parois du conduit. C'est contre cet angle que vient buter l'extrémité de la sonde, lorsqu'on ne connaît pas bien cette direction tout opposée des deux portions du conduit. Cette disposition angulaire est plus ou moins prononcée et s'efface à volonté, à mesure que l'on rencontre et que l'on réduit la tumeur.

C'est à ces changements survenus dans la vessie et dans l'urèthre qu'il faut rapporter trois caractères ou signes physiques que présente, dans le plus grand nombre des cas, et en procédant de haut en bas, la tumeur sous-vulvaire.

1° La disparition, au moins pour l'œil, du méat urinaire. Il ne suffit pas, pour le découvrir, d'écarter, comme on le fait dans l'état normal, les nymphes en dehors, cette ouverture étant cachée au fond d'un sillon transversal, il faut, pour l'apercevoir, déprimer directement en bas le pli ou les plis de la membrane muqueuse vaginale qui le masque. D'autres fois les nymphes, fortement portées en bas et en dehors, ont abaissé le sommet du clitoris et son prépuce au-devant du méat, et ces parties forment une sorte de soupape qui le recouvre. Il est pour moi presque démontré que madame Boivin a fait une chose idéale en marquant le méat sur presque tous ses dessins.

2° Une surface triangulaire comprise entre la partie supérieure des nymphes, et qui présente en général des plis, des sillons à direction transversale, ou des saillies mamelonnées, fissurées et plus ou moins régulièrement rangées en travers. Cette partie est formée par le tubercule antérieur du vagin, transporté au dehors de l'ouverture vaginale et un peu en avant. Elle n'a jamais plus de hauteur que l'urèthre ne présente de longueur; elle s'arrête au point où ce canal se jette dans la portion herniée de la vessie.

3° Immédiatement au-dessous on voit une saillie hémisphérique formée par le col de la vessie et la portion antérieure de la base de cet organe. Aussi cette saillie est-elle plus ou moins considérable, tendue, luisante et fluctuante, suivant la quantité d'urine que ce réservoir ren-

Digitized by Google

ferme. Les parties latérales de la base de cette hémisphère se perdent sans démarcation avec les parties latérales de la tumeur; mais le plus souvent il n'en est point ainsi pour les autres points de sa circonférence. En haut, elle est séparée de la surface précédente par un sillon transversal, ou à concavité inférieure. C'est au niveau de ce sillon que se trouve l'extrémité vésicale de l'urèthre. En bas se remarque une très légère dépression semi-lunaire à concavité supérieure qui siége vers l'insertion du vagin sur le col.

Le rectum, qui n'est uni à l'utérus que par des liens indirects, qui n'a avec lui que des rapports de contiguïté et non de continuité, éprouve des modifications bien moins profondes et moins fréquentes que la vessie. Il arrive souvent, surtout si la paroi postérieure du vagin n'est pas complétement renversée, et si principalement le tiers inférieur de cette paroi n'est pas altéré; il arrive, dis-je, que le rectum n'a subi aucun changement. Mais il ne s'ensuit pas, comme le dit M. le professeur Cruveilhier, que la présence d'une portion de cet intestin dans la partie postérieure de la tumeur soit une exception; encore pour admettre cette exception, suppose-t-il que M. J. Cloquet n'a pas fait erreur en faisant représenter un prolongement du rectum entre le col de l'utérus et la paroi postérieure du vagin renversée. De sorte que M. Cruveilhier est bien près, comme on le voit, d'affirmer que le rectum n'entre jamais dans la formation de la tumeur. Pour établir cette opinion il se base : 1° sur ce que cet intestin n'avait subi aucun déplacement dans les cas qu'il a étudiés; 2° sur ce que sa partie inférieure est plus fixe que le bas-fond de la vessie; 3° enfin sur ce qu'il faudrait que le renversement de la paroi postérieure du vagin fût aussi complet que celui de la paroi antérieure.

Afin d'être à même de bien juger une semblable question, il faut étudier la maladie avec soin pendant la vie, ne pas négliger, comme on le fait trop souvent, le toucher rectal, et si la malade vient à succomber, faire soi-même l'autopsie, examiner l'affection sur place et non lorsque la pièce a été enlevée par une main étrangère qui, dans les manœuvres de l'extraction, a réduit, sans s'en douter, le prolongement rectal, ce qui est d'autant plus facile que ce prolongement n'est formé que par la paroi antérieure de l'intestin, et qu'il n'adhère pas à la portion prolapsée de la matrice.

Digitized by Google

Voici ce qu'une étude attentive sur la femme vivante, et après la mort, m'a appris sur ce sujet : on rencontre le prolongement du rectum au moins une fois sur trois et surtout lorsque la chute de l'utérus, l'allongement hypertrophique de son col sont précédés d'un relâchement, d'un agrandissement considérable de l'extrémité inférieure du vagin et de la vulve, de l'affaiblissement, de la diminution des parties qui forment le diamètre antéro-postérieur du périnée ou de la destruction plus ou moins complète de cette région. Dans presque tous ces cas, qui ne sont pas rares, il y a une rectocèle plus ou moins considérable, qui précède le prolapsus utérin ou qui se développe en même temps.

On trouve encore assez souvent cet appendice rectal, lorsque depuis longtemps la paroi postérieure du vagin est complétement renversée, fait qui, comme nous le démontrerons, est encore plus fréquent que ne le croit M. Cruveilhier. La portion du gros intestin qui s'engage dans la partie postérieure de la tumeur est formée seulement par la partie inférieure de sa paroi antérieure, à partir du sphincter interne. M. Cloquet n'a donc pas commis d'erreur en représentant ce prolongement.

L'extrémité inférieure de l'intestin et sa paroi postérieure n'ont éprouvé aucun déplacement. Rien, en effet, dans cette affection, ne les sollicite à se déplacer.

L'étendue de ce prolongement varie de 2 à 5 centimètres, et quelquefois plus, lorsque des matières fécales s'y engagent et le distendent; d'autres fois il consiste en une simple dépression ou un renflement ampullaire que présente en avant l'intestin au-dessus du sphincter. Il est surtout très-étendu lorsque le prolapsus et l'hypertrophie du col sont précédés de la chute du vagin et de la rectocèle qui semblent avoir entraîné l'utérus à leur suite; plus restreint au contraire lorsque la matrice a été poussée au dehors par une cause quelconque, et qu'elle a consécutivement renversé le vagin de haut en bas. Dans cette circonstance c'est seulement lorsque la paroi vaginale postérieure est complétement tombée et renversée que la portion du rectum qui lui correspond et y adhère, s'engage dans la cavité de la tumeur. Le plus ou moins de fixité de la partie inférieure du rectum ne joue donc ici aucun rôle, la portion de l'intestin qui se déplace étant seulement celle qui adhère au vagin, de même qu'il n'y a que la portion de la vessie qui

Digitized by Google

est unie à ce conduit et au col utérin qui accompagne ces parties dans leur chute.

Il ne faut pas davantage attribuer, avec un de nos chirurgiens les plus distingués (1), l'absence de ce prolongement intestinal à la laxité du tissu cellulaire qui unit le vagin au rectum, autrement ce prolongement ne devrait jamais se rencontrer, puisque ce tissu est le même chez toutes les femmes. D'ailleurs cette souplesse, cette laxité du tissu cellulaire n'existe qu'à la partie supérieure de la cloison recto-vaginale; à sa partie inférieure ce tissu est plus dense, plus serré, et l'union qui cimente les deux conduits est plus intime, non-seulement à cause de ces qualités différentes du tissu, mais encore parce que cette union est dans ce point tout à la fois cellulo-vasculaire et musculaire, et partant assez solide pour que cette partie du vagin entraîne à sa suite la portion correspondante du rectum. Au reste, dans un grand nombre de cas, dans tous ceux où la descente et la précipitation de l'utérus sont précédées d'un affaiblissement de la cloison recto-vaginale et de rectocèle, le plus ou le moins de solidité de l'adhérence du vagin à la paroi antérieure du rectum ne peut être invoqué, puisque cette espèce de chute de l'intestin hors de la vulve est le résultat d'une force qui agit de l'intérieur à l'extérieur, et non d'une traction exercée par le vagin.

La structure de cette partie prolapsée du rectum est la même que celle du reste de l'intestin; seulement la tunique fibreuse est amincie, et les fibres longitudinales, dans un cas que j'ai observé, étaient assez espacées pour laisser entre elles un vide de 2 à 3 millimètres.

L'extrémité supérieure du rectum et l'extrémité inférieure de l'S iliaque présentent aussi un déplacement que je décrirai dans un instant.

Les culs-de-sacs péritoneux méritent au plus haut degré de fixer notre attention, à cause de leur importance considérée sous le point de vue chirurgical.

Le corps de l'utérus n'ayant presque jamais abandonné complétement la cavité pelvienne, sa face antérieure ayant ordinairement conservé ses rapports avec la face postérieure de la vessie, le col utérin étant en quelque sorte seul prolapsé et allongé, le cul-de-sac antérieur (vésico-

(1) *Union médicale* du 12 août 1858.

Digitized by Google

utérin) a presque conservé son étendue normale. Il présente une profondeur qui varie entre 6 et 8 centimètres, suivant que le corps de l'organe gestateur a plus ou moins participé à l'hypertrophie longitudinale, que le col utérin est plus allongé et la paroi vaginale antérieure plus complétement renversée. En tout cas, l'extrémité inférieure de ce cul-de-sac est située au moins à 6 centimètres au-dessus du bord antérieur de l'orifice du col; de telle sorte que dans l'amputation de celui-ci on ne court aucun danger de l'atteindre, tant qu'on ne décolle la vessie que dans l'étendue de 3 ou 4 centimètres, ce qui est très suffisant.

Le cul-de-sac postérieur (vagino-rectal), qui offre le plus grand intérêt, qui domine le premier temps de l'opération que nous décrirons plus bas, a suivi l'allongement du col dans toute son étendue, et le renversement de la paroi postérieure du vagin. Aussi descend-il beaucoup plus bas que le cul-de-sac antérieur, et présente-t-il une profondeur qui varie entre 10 et 16 centimètres, et quelquefois plus (pl. II, fig. 7 et pl. VI, fig. 2).

Son extrémité inférieure, grâce à l'hypertrophie excentrique dont est atteinte le plus souvent la portion sous-vaginale du col est à 2 ou 3 centimètres au-dessus et arrière du bord postérieur de l'orifice utérin. Si cette hypertrophie suivant l'épaisseur n'existe pas, cette extrémité n'est distante de l'orifice du col que d'un centimètre et demi tout au plus.

Lorsque l'extrémité supérieure de la paroi postérieure du vagin descend au-dessous de l'ouverture du col et forme la partie la plus déclive de la tumeur sous-vulvaire, comme dans les observations 12, 19, 24, etc. (pl. IV, fig. 1, pl. VII, fig. 1, pl. XI, fig. 1), ce cul-de-sac peut descendre jusqu'à 3 et 4 centimètres au-dessous de cette ouverture et arriver jusqu'au sommet de la tumeur dont il n'est séparé que par l'épaisseur de la paroi vaginale. Il présente une disposition et des dimensions que nous décrirons lorsque nous nous occuperons de la cavité vagino-péritonéale.

Souvent il arrive que l'extrémité supérieure du feuillet rectal de ce cul-de-sac, doublé par les restes des ligaments utéro-lombaires (1)

(1) Je les désigne ainsi, parce qu'ils se portent, non jusqu'au sacrum, mais jusqu'à la partie antérieure et latérale de la dernière vertèbre lombaire.

Digitized by Google

(utéro-sacrés), forme une large bride aplatie d'avant en arrière; cette bride en bas descend verticalement dans la partie postérieure de la cavité formée par le cul-de-sac lui-même et le vagin renversé; en haut elle se dirige sur les parois antérieure et latérale de l'extrémité supérieure du rectum qu'elle entraîne vers l'ouverture de la cavité, en courbant fortement cet intestin de haut en bas et d'arrière en avant. La laxité du tissu cellulaire qui, inférieurement, unit le péritoine à la paroi antérieure du rectum, favorise considérablement la formation de cette bride sous l'influence de la traction qu'exerce l'extrémité inférieure du cul-de-sac péritonéal entraînée par l'extrémité supérieure du vagin et le col de l'utérus auxquels elle est intimement unie (pl. II, fig. 7 G, pl. VI, fig. 2 O.O).

C'est une grande erreur de croire que les *annexes de l'utérus, ligaments larges, trompes et ovaires,* soient entraînés dans la cavité vagino-péritonéale. Les auteurs qui ont avancé ce fait l'ont certainement admis par théorie, imbus qu'ils étaient que dans la maladie désignée sous le nom de précipitation de la matrice, le corps de cet organe étant complétement sorti du bassin, il a dû attirer à sa suite les annexes jusque dans la cavité vaginale. Mais ils ne l'ont certes jamais constaté sur le cadavre, puisque dans la très grande majorité de ces affections (environ vingt-huit fois sur trente), le corps utérin est encore situé dans le bassin, et par conséquent bien au-dessus de la cavité vaginale, qui commence au-dessous de la vulve. Il y a plus, c'est que dans la véritable précipitation, dans celle, par exemple, qui existe au musée de la Faculté et que j'ai fait représenter (voy. pl. III, fig. 1), ces organes sont à peu près dans leur situation naturelle, sur les parties latérales de l'excavation pelvienne, et cependant le corps de l'utérus atrophié est descendu jusqu'au-dessous du bord inférieur de la symphyse du pubis. L'extrémité interne des trompes, du ligament de l'ovaire, des ligaments ronds et des ligaments larges a été seule entraînée dans la cavité vaginale. Dans tous les autres cas, c'est-à-dire dans ceux où l'affection est constituée par l'allongement hypertrophique et la précipitation du col, le corps de l'organe étant tout au plus légèrement abaissé, il n'y a que la partie inférieure des ligaments larges qui ait été attirée en bas vers l'ouverture de la cavité vaginale. Le reste de ces ligaments, les trompes, les ovaires et les ligaments ronds ont conservé leur situation et leur direc-

Digitized by Google

tion naturelles. La courbure des derniers n'est même pas effacée, et ils n'ont pas éprouvé la moindre tension; ils ne sont, comme on l'a trop souvent supposé, ni relâchés, ni allongés, ni tendus.

Il n'y a, selon moi, qu'un cas où les annexes de l'utérus pourraient être entraînées dans la partie supérieure de la cavité vaginale; ce serait celui dans lequel il existerait tout à la fois un allongement du col, un renversement complet du vagin avec une rétroflexion du corps de l'utérus portée à un tel degré, que le fond de l'organe fût situé plus bas que le sommet du col, toutes circonstances que j'ai rencontrées une fois sur une nommée Borzot (pl. XI, fig. 1, obs. 24). Mais, comme c'était pendant la vie, il m'a été impossible de préciser la situation des annexes utérines.

Il n'en est pas de même des ligaments utéro-lombaires dont on trouve à peine des traces. Lorsqu'on étudie sur le cadavre les altérations qu'ont éprouvées ces ligaments dans les trois degrés de la maladie, abaissement, descente et précipitation, on voit qu'ils ont été graduellement tendus, allongés, éraillés, déchirés, puis complétement rompus, annihilés par les accouchements réitérés et souvent laborieux qu'ont eus ces femmes, ainsi que par la traction permanente que le col utérin et la paroi postérieure du vagin descendus jusqu'à 10, 12 centimètres au-dessous de la vulve ont exercée sur eux. Aussi les vestiges de ces ligaments, lorsqu'on les retrouve, viennent-ils se perdre sur les parties latérales de la grande bride vagino-rectale formée par le feuillet péritonéal postérieur du cul-de-sac recto-utérin.

Le vagin, que nous examinons un des derniers, parce qu'il forme l'enveloppe, le surtout de la tumeur, est plus ou moins renversé, suivant le degré d'allongement, la précipitation du col et la position de la malade. Lorsque toute la portion sus-vaginale du col hypertrophié est sortie ou lorsqu'il excite une véritable chute de l'utérus, le vagin est entièrement ou presque entièrement renversé.

En général la paroi antérieure est plus tôt et plus complétement renversée que la paroi postérieure, ce qui tient à trois dispositions principales : 1° à ce que celle-ci est plus longue; 2° à ce que l'ouverture vulvaire, au lieu d'être parfaitement horizontale ou perpendiculaire, suivant la position de la femme, est dirigée obliquement de haut en bas et d'avant en arrière, ce qui en avant découvre davantage le pédicule

Digitized by Google

de la tumeur ; & à ce que, quand ces malades sont debout, la tumeur ne pouvant rester pincée entre les cuisses, glisse derrière ces parties en se dirigeant de haut en bas et d'avant en arrière ; d'où il résulte une traction opérée sur la paroi antérieure et un relâchement réel ou relatif de la paroi postérieure. Au lit, pendant le sommeil, la tumeur abandonnée à son propre poids se porte également en arrière.

Mais on ne saurait partager l'opinion de M. le professeur Cruveilhier qui dit : « Tandis que ce renversement de la paroi antérieure est complet, le renversement de la paroi postérieure ne l'est jamais ou presque jamais, à quelque degré que soit parvenu le déplacement ; aussi les tumeurs formées par le déplacement de l'utérus ont-elles toujours un diamètre vertical plus considérable en avant qu'en arrière. » Il est encore plus affirmatif en parlant de la rainure circulaire qui, en arrière, sépare le pédicule de la tumeur des autres parties ; il s'exprime ainsi : « Cette rainure, qui m'a paru constante, est la preuve que le renversement du vagin n'est jamais complet en arrière (1). »

M. Cruveilhier a singulièrement exagéré la fréquence des renversements incomplets de la paroi postérieure. Je puis certifier que, quand la tumeur présente une longueur de 11 à 12 centimètres, et ce cas est très fréquent, presque toujours la paroi postérieure est complétement renversée. On la trouve même quelquefois dans cet état, bien que la tumeur n'ait que de 9 à 10 centimètres. Ce qui a pu tromper M. Cruveilher, et avec lui plusieurs autres praticiens, c'est que non-seulement, comme je l'ai déjà dit, l'extrémité antérieure de la vulve est placée plus haut que son extrémité postérieure qui recouvre une partie de la paroi postérieure renversée, mais encore c'est qu'on examine en général les malades couchées sur le dos, les cuisses écartées ; la tumeur, abandonnée alors à son propre poids, se dirige en bas et en arrière, ce qui tend, allonge et tire au dehors la paroi antérieure du vagin, relâche, plisse, raccourcit la paroi postérieure et lui permet, par sa contractilité et sa simple élasticité de tissu, de remonter en partie dans le bassin. Mais, si l'on saisit et relève la tumeur vers la symphyse des pubis, ou si l'on fait coucher la malade en pronation, on s'aperçoit de suite que la paroi postérieure est tout autant renversée que l'antérieure, et que la

(1) *Traité d'Anatomie pathologique générale*. Paris, 1849, t. I, pag. 678.

Digitized by Google

rainure circulaire n'est plus qu'un simple sillon demi-circulaire qui a tout au plus 1 centimètre ou 1 centimètre 1/2 de profondeur, dont la partie antérieure est formée par l'extrémité inférieure de la paroi vaginale renversée, devenue extrémité supérieure, et la partie postérieure par la commissure vulvaire (fourchette) et le bord antérieur du périnée. Pour dire que le renversement de la paroi postérieure est incomplet, il faudrait que la rainure dont parle M. Cruveilher fût formée entièrement, en avant comme en arrière, par la paroi vaginale postérieure, et c'est ce qui n'a pas lieu le plus souvent. Si le diamètre vertical de la tumeur est plus considérable en avant qu'en arrière, cela ne tient pas, comme le pense le célèbre anatomo-pathologiste, au renversement incomplet de la paroi postérieure, mais à l'obliquité de l'ouverture vulvaire qui, en avant, découvre le pédicule, en arrière, au contraire, descend au-dessous de lui et le masque; à ce que l'on fait rentrer dans la face antérieure de la procidence toutes les parties qui sont sur le même plan depuis le clitoris et la réunion des nymphes jusqu'au sommet de la tumeur, sans s'arrêter ou sans faire attention à ce fait, que supérieurement le vestibule, le méat et son renflement, bien que placés en avant, n'appartiennent pas à la paroi antérieure du vagin, et qu'inférieurement, dans un très grand nombre de cas, cette face antérieure est formée par la paroi vaginale postérieure complétement renversée, recourbée de bas en haut et d'arrière en avant; de telle sorte que le col de l'utérus et son orifice, au lieu d'être placés au sommet de la tumeur, sont situés sur le tiers inférieur de sa face antérieure et quelquefois plus haut (pl. IV, fig. 1, pl. VII, fig. 1, pl. XI, fig. 1).

Ce prolongement de la paroi postérieure sur la face antérieure de la masse sous-vulvaire a même été représenté dans des planches du grand ouvrage de l'auteur précité (1).

Si l'on mesure la paroi antérieure du vagin, du méat urinaire au bord antérieur de l'orifice du col, on s'aperçoit de suite qu'elle est ordinairement plus courte que la paroi postérieure mesurée, du bord postérieur de cet orifice au fond du sillon ou de la rainure vulvo-vaginale, ce qui, au reste, devait être, parce qu'à l'état normal elle est plus courte, qu'elle est solidement unie dans toute sa longueur à l'urèthre et à la

(1) *Anat. pathologique du corps humain*, avec planches, liv. XVI, pl. v; liv. XIII, pl. IV.

Digitized by Google

vessie, et qu'elle ne supporte que les efforts modérés qui lui viennent du côté de ce viscère, tandis que la paroi postérieure est plus longue, libre, abandonnée à elle-même dans une partie de son étendue, qu'elle supporte en grande partie les efforts sexuels, ceux de l'accouchement, des viscères abdominaux et de l'acte de la défécation ; aussi est-elle plus dilatée, plus faible et plus mince que la paroi antérieure.

Le volume de la tumeur varie suivant l'étendue du déplacement de l'hypertrophie utérine, l'ancienneté de l'affection, le degré d'agrandissement de la vulve, la position de la malade, les efforts qu'elle fait, la fatigue qu'elle a éprouvée au moment de l'examen, et la présence d'une plus ou moins grande quantité de matières étrangères à sa composition anatomique. La plus volumineuse que j'ai observée avait une longueur de 20 centimètres et une largeur de 11 centimètres, et, chose remarquable, l'utérus n'était pas complétement sorti du bassin; mais il faut dire qu'une grande partie de l'excès de longueur de cette tumeur était formé par la paroi postérieure du vagin, descendue beaucoup plus bas que le col de la matrice (pl. VII, fig. 1).

Il en est de même de la forme, qui varie à l'infini. En général, elle est *ovoïde*, et la grosse extrémité est dirigée en bas, si surtout l'ouverture vulvaire n'est pas très agrandie, et le col utérin est placé en avant et non au sommet de la tumeur. Dans les circonstances opposées, la base de l'ovoïde ou du *cône* que représente cette tumeur, répond à la vulve. Quelquefois elle est régulièrement *ovalaire*, les deux extrémités offrant les mêmes dimensions. Dans d'autres circonstances elle est tout à fait *sphérique* : c'est surtout lorsque avec une ouverture vulvaire médiocrement agrandie, les parois vaginales sont très affaiblies, dilatées, et qu'une grande portion de la vessie descend dans la tumeur. Si le col est élargi par suite d'un engorgement, d'une hypertrophie excentrique, et que l'ouverture de la vulve ne soit pas très large, la tumeur est *cylindrique* (pl. V, fig. 1). Enfin, dans d'autres circonstances elle est rétrécie au milieu et a la forme d'une *calebasse*. Il suffit de jeter un coup d'œil sur l'atlas annexé à ce travail pour se rendre compte de toutes ces variétés qui peuvent aussi être modifiées par l'état physiologique des parties.

Les rides vaginales sont conservées ou même plus prononcées qu'à l'état normal sur le tubercule antérieur du vagin. Sur toutes les autres parties de ce conduit elles sont considérablement diminuées ou même

Digitized by Google

entièrement effacées, si la tumeur est très volumineuse, très longue, ou appartient à une femme âgée.

L'extrémité supérieure de la tumeur étant plus ou moins large, suivant l'agrandissement de la vulve et la diminution du diamètre antéro-postérieur du périnée, la base est pédiculée ou sessile. En avant, elle se confond avec le pourtour du méat urinaire, sur les côtés avec la base de la face interne des nymphes, de telle sorte que ces replis ne sont jamais effacés pour faire partie du prolapsus, même le plus volumineux. En arrière, une rainure ou mieux un sillon demi-circulaire, dont la concavité est dirigée en avant, qui est plus profond au milieu qu'à ses extrémités qui viennent se perdre vers la base des nymphes, sépare le pédicule de la commissure postérieure de la vulve et du bord antérieur du périnée. Toute cette surface vaginale renversée est lisse, polie, luisante, à moins qu'elle ne présente ça et là des plaques épidermiques. dont l'adhérence, l'épaisseur et l'étendue varient beaucoup. Elle est habituellement sèche, si la tumeur ne rentre pas depuis longtemps et si des ulcérations plus ou moins étendues ne s'y sont pas développées. Sa teinte est ordinairement rosée ou d'un rouge légèrement violacé. Mais si la tumeur est très ancienne et ne rentre jamais, elle devient plus pâle et se rapproche de la teinte de la peau, dont elle revêt quelques-uns des caractères et presque la densité. Les parois vaginales ne sont ramollies que lorsqu'elles sont le siége de complications morbides.

C'est pour avoir négligé et méconnu une partie des modifications organiques que nous venons de passer en revue, et pour avoir cru que dans le prolapsus utérin l'organe gestateur avait abandonné la cavité pelvienne, que presque tous les praticiens ont pensé et écrit que le vagin, ainsi renversé et élargi, formait une vaste cavité béante vers le bassin recélant l'utérus tout entier, ses annexes et une partie de l'intestin grêle. Nous avons vu qu'il était extrêmement rare d'y rencontrer la totalité du corps de l'utérus, et jamais nous n'y avons trouvé aucune portion de l'intestin grêle, quelque volumineuse qu'ait été la tumeur soumise à notre observation.

Sous ce rapport encore nous ne saurions partager l'opinion de notre savant professeur d'anatomie pathologique qui, dans son ouvrage, avec planches, publié en 1842, après avoir examiné la différence de profondeur qui existe entre les deux culs-de-sac péritonéaux, s'exprime ainsi :

Digitized by Google

« L'antérieur est, en général, trop peu considérable pour admettre les intestins grêles, tandis que le cul-de-sac péritonéal postérieur peut en admettre une très grande, une énorme quantité. C'est dans ce cas que les tumeurs formées par les chutes de l'utérus acquièrent un développement si considérable, celui de la tête d'un adulte par exemple. On a lieu de s'étonner que ces déplacements d'intestins ne soient pas plus fréquents. »

Il est évident que M. Cruveilhier n'a émis cette manière de voir que parce qu'il n'avait pas encore observé un assez grand nombre de faits, qu'il s'est laissé entraîner par l'opinion généralement reçue et le volume considérable que présente quelquefois la tumeur; car dans son livre d'*Anatomie pathologique*, publié en 1849, p. 576, il dit positivement qu'il n'a jamais rencontré cette disposition sur le cadavre; mais il ajoute : « Comment expliquer sans elle cette invagination du volume de la tête d'un adulte dont j'ai parlé ? »

Il n'est pas besoin d'avoir recours à une supposition que rien ne justifie pour expliquer le volume considérable que présente la tumeur, dans quelques cas très exceptionnels. Il suffit pour cela que les parois vaginales aient été très affaiblies par un grand nombre d'accouchements antérieurs, par des efforts réitérés depuis plusieurs années, pour qu'elles entraînent à leur suite une grande portion de la vessie et du rectum. Dans cette circonstance, le volume extraordinaire du prolapsus s'explique d'autant plus facilement que ces malades sont sujettes à la rétention d'urine et à une constipation très opiniâtre. C'est ce qui avait lieu chez une de nos malades (obs. 19, pl. VII), dont le volume considérable de la tumeur disparaissait lorsqu'on avait vidé la vessie et le rectum.

Au reste, cette prétendue cavité vaginale n'est, le plus souvent, qu'une sorte de cavité virtuelle et n'existe pas à proprement parler en tant que formée par le conduit vulvo-vaginal renversé. Elle n'est constituée que par le prolongement en bas du cul-de-sac vagino-rectal du péritoine qui s'engage dans la partie postérieure du vagin prolapsé, puisque les deux tiers antérieurs de la cavité et de l'ouverture de ce canal se trouvent comblés par le prolongement vésical, par le col de l'utérus et le corps de l'organe placé en haut. Il ne reste donc de cette cavité et de son ouverture que le petit espace compris entre l'extrémité inférieure du rectum, la paroi vaginale postérieure renversée, et la

Digitized by Google

partie inférieure de l'utérus, c'est-à-dire la portion la plus déclive du cul-de-sac péritonéal postérieur, allongée, attirée en bas et au dehors du bassin par le col utérin descendu, et l'extrémité supérieure de la paroi postérieure du vagin devenue inférieure. Cette cavité, que plus haut en décrivant les culs-de-sac du péritoine j'ai désignée à dessein sous le nom de vagino-péritonéale, a ordinairement la forme d'une fiole aplatie ou d'un ovale très allongé dont l'extrémité supérieure est généralement plus étroite que l'inférieure. Sa longueur varie suivant le degré du prolapsus, l'allongement du col et l'étendue du renversement de la paroi postérieure du vagin, son extrémité inférieure étant solidement unie à ces deux dernières parties ; elle est à peu près égale à celle de la tumeur sous-vulvaire. Son extrémité supérieure plus ou moins rétrécie commence au niveau de l'aponévrose pelvienne (périnéale supérieure), là où, à l'état normal, finit le cul-de-sac postérieur. Elle présente une ouverture arrondie ou ovalaire, froncée comme l'entrée d'une bourse et analogue à l'orifice interne d'un sac herniaire. En avant, elle est limitée par la face postérieure du col ou du corps de l'utérus, en arrière par la face antérieure de l'extrémité inférieure du rectum, et sur les côtés par l'aponévrose pelvienne, mais surtout par les fibres internes du releveur de l'anus, qui se portent des parties latérales du rectum aux parties latérales de la base de la vessie. Elle répond à la partie la plus déclive de l'excavation pelvienne ; elle n'est pas béante, mais bien obstruée par le rapprochement et le contact des parties qui la limitent, de telle sorte que pour apprécier son étendue, il faut y introduire le doigt ou écarter ces parties du centre à la circonférence. Le diamètre antéro-postérieur varie de 1 à 2 centimètres, et le transversal de 2 à 4 centimètres.

Lorsqu'il existe véritablement une chute complète de la matrice, et que le fond de cet organe est resté au niveau du pédicule de la tumeur, cette ouverture se présente sous la forme d'une simple fente transversale qui peut avoir une longueur de 5 à 7 centimètres et une largeur de 2 à 3 centimètres. C'est ce qui avait lieu dans la pièce du musée de la Faculté. Au reste, que cette voie de communication entre le fond du bassin et la cavité vagino-péritonéale soit arrondie, ovalaire ou transversale, elle est recouverte, dans le plus grand nombre des cas, par l'extrémité supérieure du rectum recourbé sur lui-même de haut en bas et d'arrière

Digitized by Google

en avant. Il peut même arriver, si la tumeur a un volume considérable et est très longue, que cette partie du rectum s'engage dans la cavité elle-même, de telle sorte que si la malade était déjà atteinte d'une rectocèle, on trouve deux portions de cet intestin dans la cavité qui nous occupe, inférieurement une partie de la paroi antérieure, supérieurement une partie plus ou moins étendue de tout le calibre de l'intestin, et l'on conçoit qu'un étranglement intestinal pût à la rigueur avoir lieu dans ce point, si les bords de l'ouverture avaient plus de résistance. En somme, pour que l'intestin grêle s'engageât dans la dépression vagino-péritonéale et fît partie du prolapsus, il faudrait : 1° que le mésentère fût préalablement allongé, afin de permettre à cette portion du tube digestif de descendre beaucoup plus bas que la portion la plus déclive du fond du bassin; 2° que l'extrémité supérieure du rectum ne se fût pas placée comme intermédiaire au-dessus de l'ouverture de cette cavité qu'il obstrue. On ne concevrait la présence d'une portion de l'intestin grêle qu'autant qu'avant l'existence de la chute cet intestin aurait contracté des adhérences solides avec la face postérieure de l'extrémité inférieure de l'utérus et de l'extrémité supérieure du vagin, adhérences que je n'ai jamais rencontrées. Lorsque cet intestin adhère à l'utérus, c'est ordinairement avec la face antérieure ou le fond de l'organe que l'union s'opère.

L'insertion du vagin sur le col qui, à l'état normal, a au plus 1 centimètre d'étendue, présente une longueur de 2 à 3 centimètres par suite de l'allongement hypertrophique qu'a elle-même éprouvé cette partie de l'organe à laquelle s'attache le conduit. Cette particularité anatomique est des plus importantes à connaître. C'est elle qui, conjointement avec l'hypertrophie excentrique dont est fréquemment atteinte la portion sous-vaginale du col, nous a souvent permis d'enlever une grande portion de l'organe gestateur, sans avoir jamais ouvert la cavité vagino-péritonéale.

Chez un grand nombre de ces malades, l'entrée du vagin et l'ouverture vulvaire ont subi des modifications dont les unes sont consécutives, les autres primitives, et qui ont joué un rôle important dans l'étiologie et le mécanisme de l'affection.

Lorsqu'après avoir réduit la tumeur on examine avec attention la vulve, on voit que son ouverture a subi un agrandissement en tous sens ; mais surtout dans le sens antéro-postérieur ; qu'en général la fourchette

Digitized by Google

a été fortement dilatée ou déchirée; qu'il existe une ou plusieurs cicatrices vers la base et la face interne des nymphes, ou vers l'une des extrémités de ces replis; que les caroncules myrtiformes ont disparu; que le périnée est raccourci et souvent déchiré à différents degrés; que les parties latérales sont fortement refoulées en dehors, au point d'être en contact immédiat avec la face interne des branches ascendantes des ischions, et que le diamètre transversal de la fourchette peut présenter jusqu'à 4 centimètres d'étendue. Les appareils sécréteurs vulvo-vaginaux sont en général atrophiés.

Si l'on porte l'investigation plus loin et si l'on dissèque avec soin les parties molles qui composent le plancher du bassin en procédant de haut en bas, c'est-à-dire suivant l'ordre dans lequel les lésions se sont opérées, on voit que chez la plupart de ces femmes qui ont eu un grand nombre d'enfants et qui ont repris leurs travaux avant que ces lésions n'aient été réparées, on voit, dis-je, que la partie centrale de l'aponévrose pelvienne est éraillée, déchirée et même détruite dans une plus ou moins grande étendue; que sa bandelette transversale, qui est au-dessous du cul-de-sac péritonéal postérieur, et qui sépare le rectum du vagin, est complétement déchirée; qu'il en est de même des fibres centrales et vaginales du releveur de l'anus; que l'aponévrose moyenne du périnée, à part sa partie antérieure placée dans le triangle sous-pubien, est détruite. Le muscle constricteur du vagin est déchiré et atrophié. L'anneau vulvaire fibro-dartoïde, si bien décrit dans le *Traité d'anatomie médico-chirurgical* de M. Richet, est rompu. De plus, comme il arrive souvent que la moitié antérieure du périnée a été déchirée et que les deux côtés se sont cicatrisés séparément, la continuité du sphincter de la vulve avec l'extrémité antérieure et entre-croisée du sphincter de l'anus est interrompue, ainsi que celle du transverse du périnée avec celui du côté opposé. Cette rupture des muscles du périnée, dont les deux moitiés se retractent chacune vers l'ischion, explique parfaitement l'excès de l'étendue du diamètre transversal de la fourchette.

Les veines des parties que nous venons d'examiner, utérus, annexes, vagin et vulve, sont ordinairement très développées et dilatées, ou même variqueuses, ce qui rend compte de la teinte rouge violacée que présentent en général ces parties.

Les artères vaginales, les vagino-utérines et les utéro-vésicales sont

Digitized by Google

aussi plus développées qu'à l'état normal. Quelquefois on les sent et on les voit battre sur les parties latérales de la tumeur. Aussi, dans l'amputation de la portion sus-vaginale du col s'écoule-t-il une assez grande quantité de sang et doit-on prendre toutes les précautions pour remédier à cet inconvénient.

Lésions anciennes accessoires et concomitantes. — Comme les malades ont été souvent atteintes avant ou depuis l'existence du prolapsus, mais surtout avant, de métro-péritonite, de péritonite pelvienne, d'inflammation péri-utérine, ou d'inflammation phlegmoneuse des annexes de l'un des côtés de l'organe, il n'est pas rare de trouver son corps uni par des fausses membranes, des adhérences plus ou moins anciennes, étendues, nombreuses et solides, soit à la vessie, soit au rectum ou à la face postérieure de l'excavation pelvienne, quand ce n'est pas à l'un des côtés de cette excavation par l'intermédiaire des annexes correspondantes qui forment une seule masse rétractée et indurée qui attire à elle l'utérus. D'autres fois ce sont les extrémités utérines des ligaments ronds qui sont épaissies, rétractées et adhérentes tout à la fois à la partie inférieure de la face postérieure de la vessie et au corps de l'utérus; de telle sorte que cette partie de l'organe ne saurait se porter en haut, en bas ou en arrière, sans entraîner avec elle la portion du réservoir vésical à laquelle elle est médiatement unie.

Il peut encore exister d'autres lésions avec la chute utérine; mais comme elles n'exercent presque aucune influence sur les causes, les signes et le traitement de cette maladie, je ne m'en occuperai qu'à l'occasion des complications.

Il ne nous reste pour compléter l'ensemble des signes physiques auxquels peuvent donner lieu les modifications organiques que nous venons de décrire, qu'à nous arrêter sur les caractères particuliers que peuvent offrir la palpation, le toucher rectal, hypogastrique et vaginal, le cathétérisme vésical et utérin. Si l'on eût appliqué avec soin ces modes d'exploration et surtout le dernier, on n'eût pas confondu l'allongement hypertrophique de l'utérus accompagné de renversement complet du vagin, avec la précipitation de l'organe gestateur.

On est arrivé à perpétuer cette erreur, non-seulement parce qu'on ignorait l'existence de l'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col et ses conséquences, mais encore, et surtout, parce qu'on

Digitized by Google

a fait du diagnostic avec le raisonnement et non d'après l'étude clinique. On s'est dit : L'utérus, à l'état normal, ne présente que 7 à 7 centimètres 1/2 de longueur et le vagin a une hauteur de 10 à 10 centimètres 1/2; donc quand ce dernier est complétement renversé et quand la tumeur utéro-vaginale qui prend entre les cuisses a une longueur de 10 à 12 centimètres, la matrice doit être complétement prolapsée et sortie du bassin. Puis est arrivée une exploration superficielle et inattentive qui a corroboré l'idée préconçue.

Comme, en général, dans cette affection, la portion sous-vaginale du col est le siége d'une hypertrophie excentrique, et que celle qui donne insertion au vagin est allongée et surmontée d'un rétrécissement réel ou relatif qui donne une sensation de vide, on a pris ces deux parties de l'organe pour le tout. Dans d'autres cas, je ne doute pas qu'on n'ait pris un bol de matières stercorales déposé dans l'appendice que le rectum envoie dans la partie postérieure de la tumeur et au-dessus de la portion du col embrassée par le vagin, pour le corps de l'utérus. D'autres fois une tumeur fibreuse ou un kyste développés dans la partie du col située au-dessus de l'insertion vaginale ont pu contribuer à faire commettre cette erreur qui eût été très facile dans le cas observé et dessiné par M. Cloquet (pl. II, fig. 6).

Lorsque l'on touche et palpe avec soin l'ensemble de la tumeur, on reconnaît qu'elle est assez légère et qu'elle n'a pas une très grande mobilité; qu'elle n'est pas aussi pesante ni aussi mobile sur sa base que le serait un utérus complétement introversé, un polype fibreux ou un polype creux pendants au-dessous de la vulve; que sa consistance considérée en masse, bien que plus souple et plus douce que celle de ces tumeurs, n'offre pas la même régularité ni la même uniformité que ces dernières, et qu'elle présente, sous ce rapport, de grandes différences suivant les points que l'on examine. La partie antérieure et supérieure est assez ferme, épaisse, élastique, fluctuante ou semi-fluctuante, et donne la sensation d'une cavité sphéroïde renfermée dans une autre cavité. C'est qu'en effet il existe en ce point deux parois emboîtées l'une dans l'autre et une portion de la vessie qui est plus ou moins distendue et dilatée par l'urine. Les parties latérales postérieures sont douces, molles, dépressibles, et donnent d'abord la sensation d'une cavité vide; mais si l'on continue à les déprimer entre les doigts, on ne tarde pas à

Digitized by Google

rencontrer au centre de la cavité, et cela dans toute la longueur de la tumeur, une tige cylindrique, ferme et élastique, se continuant en bas avec la portion sous-vaginale du col qui forme elle-même dans l'épaisseur de la tumeur un renflement ovoïde ou mamelonné, en général plus consistant que tout le reste de la masse; en haut, cette tige se dirige vers le bassin et se continue avec le corps de l'utérus. Elle n'est autre chose que la portion sus-vaginale du col utérin allongée.

Le doigt porté dans le rectum et dirigé en avant, après avoir constaté l'absence ou la présence d'une portion de cet intestin dans la tumeur, rencontre cette partie de l'utérus, et suit jusque dans le bassin sa continuité avec le corps de l'organe qu'il trouve situé derrière la symphyse des pubis et quelquefois plus haut, au point qu'il ne peut remonter assez loin pour en atteindre le fond.

Si alors on a recours au cathétérisme vésical, on sent, lorsqu'on dirige la sonde directement en arrière vers le rectum, qu'il existe sur la ligne médiane un corps résistant, plus ou moins large, qui sépare l'extrémité de cette sonde du doigt. Mais lorsqu'on la dévie à droite ou à gauche, tout en la portant vers l'intestin, le doigt sent immédiatement son extrémité, dont il n'est plus séparé que par l'épaisseur des parois vésicale et rectale.

Si après avoir introduit l'algalie on l'abandonne à elle-même sans lui imprimer une direction, son pavillon se dirige le plus souvent en avant et en haut vers la symphyse pubienne, et son extrémité vésicale en bas dans la partie antérieure de la tumeur où on la sent et même où on la voit quelquefois, car elle ne tarde pas à venir soulever la paroi correspondante du vagin, pour peu que l'on porte davantage le pavillon du côté de l'abdomen (pl. VIII, fig. 2; pl. IX, fig. 1).

Cette extrémité de l'algalie portée plus profondément dans la tumeur, permet de reconnaître les limites inférieures de la vessie et la distance qui la sépare de l'orifice du col utérin.

Je ferai remarquer en passant que, pour introduire la sonde dans la vessie sans difficulté et sans faire souffrir la malade, il faut, non comme le conseille S. Cooper, la *diriger horizontalement vers le sacrum*, ni *en bas et en arrière*, comme le dit M. Cruveilher, pas plus que *de haut en bas*, comme le recommandait naguère, dans une leçon sur ce sujet, un de nos chirurgiens les plus distingués; mais bien, après avoir placé

Digitized by Google

sa concavité en bas, diriger et introduire d'abord l'instrument horizontalement dans l'étendue d'un centimètre et 1/2 environ, puis le porter directement en bas, en dirigeant, par un mouvement de bascule, le pavillon vers le pubis. De cette manière on évite de froisser les parois du canal et de venir buter contre l'angle de flexion que forme ce conduit sitôt qu'il a traversé le ligament sous-pubien. Comme il s'agit, dans cette circonstance, d'un cathétérisme explorateur et non évacuatif, cette opération pourrait tout aussi bien et même mieux être exécutée avec un hystéromètre. S'il s'agissait du cathétérisme évacuatif, il faudrait à plus forte raison imprimer au cathéter les mêmes manœuvres, car les angles et la différence de direction des deux parties de l'urèthre sont d'autant plus prononcés que la portion herniée de la vessie renferme plus d'urine.

Tant que la tumeur est ainsi pendante entre les cuisses, le toucher hypogastrique n'apprend rien de bien important. Il peut tout au plus, quand la femme est maigre, la paroi abdominale souple et relachée, aider à reconnaître le fond de l'utérus, lorsque, par exception, cette partie de l'organe dépasse le bord supérieur du pubis. Encore faut-il, pour qu'il soit bien perçu, que le corps de l'organe soit fixé et même un peu repoussé en haut et en avant par un ou deux doigts introduits dans le rectum. Autrement, comme dans cette maladie l'utérus est généralement très mobile, il fuit devant la paroi abdominale et on ne le perçoit pas.

Lorsque la matrice est libre d'adhérences et que la tumeur rentre spontanément sous l'influence du repos et de la position horizontale, ou lorsqu'on la réduit à l'aide d'une sorte de taxis, le corps de cet organe remonte dans le grand bassin et même quelquefois dans la cavité abdominale où il peut être senti par le toucher hypogastrique, pourvu que, par le toucher vaginal, on maintienne le col à sa place normale. Mais si des adhérences semblables à celles que nous avons décrites fixent l'utérus aux organes pelviens, ou bien si, sans y être fixé, les circonvolutions de l'intestin grêle qui sont au-dessus de lui adhèrent entre elles ainsi qu'au rectum et à la vessie, la tumeur ne rentre pas spontanément, et si l'on cherche à la réduire, on ne tarde pas à reconnaître que le corps de l'utérus, après avoir subi un léger mouvement ascensionnel, s'arrête dans ce sens pour se porter en anté, en rétro ou latéro-flexion, suivant qu'il est uni à la vessie, au rectum ou à la marge du bassin. Si le corps de l'organe, après s'être légèrement élevé, reste fixé au milieu de l'ex-

Digitized by Google

cavation pelvienne, ce n'est plus lui qui s'infléchit, mais bien le col qui présente une courbure latérale ou antéro-postérieure. Si alors le chirurgien, sans tenir compte de l'incommodité, du malaise ou des souffrances que peut éprouver la malade, persiste à réduire la totalité de la tumeur et à remonter le col assez haut dans le vagin, pour pouvoir placer au-dessous de lui un pessaire, il tasse l'utérus sur lui-même et l'oblige à former une anse dont le milieu ou la convexité est plus élevée que les deux extrémités. Aussi le plus souvent dans ce cas, les malades ne peuvent supporter que la tumeur soit réduite et encore moins maintenue à l'aide d'un pessaire. Si, en réduisant la tumeur, on vient à courber l'utérus sans s'en douter, et qu'on le sonde ensuite, on peut croire, l'instrument étant arrêté par l'angle de la flexion, que le col n'était pas véritablement allongé, mais seulement attiré en bas par le vagin et la vessie, et qu'il a suffi de faire rentrer la matrice pour lui rendre sa longueur normale. J'ai vu commettre cette erreur en ma présence; ce ne fut qu'après avoir introduit moi-même la sonde utérine et avoir fait toucher, à mon collègue, le corps de l'utérus rétro-fléchi qu'il admit l'accroissement véritable de la longueur de l'organe et sa flexion opérée dans les manœuvres de la réduction. Disons de suite que le plus ou le moins de facilité ou de difficulté que l'on éprouve pour réduire la tumeur ne tient pas en général, comme on l'a dit, à son ancienneté, à son volume, à l'irritation et à l'engorgement des parties prolapsées, mais plutôt au degré de fixité du corps de l'utérus aux organes pelviens ou aux parois du petit bassin.

Par la connaissance des changements et des signes que nous venons de passer en revue, il sera généralement facile de reconnaître l'allongement hypertrophique du col; mais on n'aura une notion précise de cette affection et des indications thérapeutiques qu'elle réclame qu'après avoir cathétérisé l'utérus, c'est-à-dire mesuré la hauteur et la largeur de l'organe à l'aide de l'hystéromètre. Avec cet instrument on reconnaîtra tout de suite, non-seulement les dimensions de l'organe, mais encore sa véritable direction; on reconnaîtra s'il est fléchi en avant, en arrière ou sur l'un des côtés, sans qu'aucune des nombreuses maladies dont il est souvent le siége puisse donner le change à cet égard; on saura de plus s'il a contracté des adhérences plus ou moins intimes avec les parties environnantes.

Digitized by Google

Lorsque l'utérus n'est atteint d'aucune inflexion, l'hystéromètre pénètre facilement et sans faire souffrir la malade à une hauteur de 10 à 12 centimètres, quelquefois plus. Le doigt introduit dans le rectum peut en suivre la tige jusqu'à son extrémité, au fond de l'utérus, si cette partie ne s'élève pas plus haut que la symphyse pelvienne. Si au contraire elle remonte jusque dans le grand bassin ou dans la cavité abdominale, et que le doigt ne soit pas assez long pour l'atteindre, en dirigeant l'extrémité de l'instrument vers la paroi antérieure de l'abdomen, la main gauche placée sur l'hypogastre ne tarde pas à la rencontrer et à la reconnaître, ainsi que le fond de l'utérus dont elle peut apprécier le volume et la situation.

Lorsque l'hystéromètre ne pénètre pas tout de suite dans l'organe à la profondeur que je viens de signaler, l'allongement hypertrophique du col avec la présence du corps dans le bassin est un fait si fréquent dans le prolapsus, qu'il faut se demander et rechercher tout d'abord si l'instrument n'est pas arrêté dans sa marche par une flexion du corps sur le col, par une adhérence plus ou moins étendue des parois de la cavité utérine, par un rétrécissement de l'orifice cervico-utérin, par l'un des culs-de-sac de l'arbre de vie, par un kyste folliculaire à parois très minces qui se serait rompu sous la pression de l'extrémité de l'instrument et dans la cavité duquel cette extrémité se serait engagée, par une division de la cavité utérine en deux cavités secondaires, une grande et une petite, dans laquelle l'instrument se serait introduit, comme dans l'observation de la nommée Vatrin, ou bien enfin parce qu'il existe une véritable chute complète de l'organe sans allongement hypertrophique (1).

Après avoir reconnu par la palpation, le toucher rectal et le cathétérisme vésical, la présence de la *tige centrale utérine formée par le col allongé*, et s'être bien convaincu que l'obstacle à la pénétration de l'instrument ne dépend pas d'une chute complète de l'utérus ayant ses dimensions normales, il ne reste plus qu'à rechercher auquel de ces obstacles on a affaire et à le surmonter.

Les flexions sont faciles à reconnaître et à franchir. Il suffit de diriger la concavité de l'instrument du côté correspondant au sens de la

(1) Je pourrais également rappeler ici les diverses tumeurs intra-utérines qui peuvent être un obstacle à l'introduction de l'instrument, mais ce sont là des complications exceptionnelles qui ne doivent pas rentrer dans d es considérations générales.

Digitized by Google

flexion et de faire éprouver à son extrémité vulvaire un mouvement de bascule en sens inverse. Si l'on pense qu'il a pu s'engager dans quelque dépression ou cavité latérale, il suffit de le ramener un peu vers soi, puis de le porter successivement dans les différents points de la cavité utérine. Touts ces mouvements que l'on imprime à l'instrument doivent être exécutés avec beaucoup de ménagements et de légèreté, de manière à ne froisser ou ne déchirer aucune partie de la muqueuse. Il ne faut pas non plus oublier que dans cette affection le tissu de l'utérus peut être plus ou moins ramolli, et que l'instrumeut pourrait pénétrer dans son épaisseur. Si après toutes les tentatives que nous venons d'indiquer on ne réussit pas, c'est qu'il existe un rétrécissement, soit à l'orifice supérieur du col, soit sur tout autre point, et que l'extrémité olivaire de l'hystéromètre ordinaire est trop volumineuse. Il faut alors le remplacer par un simple stylet de trousse ou mieux par une petite bougie. En tout cas, il ne faut pas s'opiniâtrer et fatiguer l'organe. J'ai souvent constaté que les manœuvres qui avaient échoué la veille m'avaient parfaitement réussi le lendemain, ce qui tient à ce que les parois utérines ou la muqueuse peuvent être plus ou moins tuméfiées, ou à ce que l'orifice utérin peut être plus ou moins resserré et contracté.

L'hystéromètre, à l'aide duquel on peut redresser l'utérus et le porter dans différentes directions, a encore l'avantage de nous indiquer le degré de mobilité ou de fixité de l'organe, de nous faire savoir s'il ne serait pas le siége de quelque tumeur qui, à elle seule, serait susceptible de s'opposer à l'emploi d'aucun moyen chirurgical.

On reconnaîtra qu'on a affaire à une chute complète de l'utérus et non à un allongement hypertrophique du col aux caractères suivants :

1° Par la palpation du pédicule de la tumeur, on sent que cette partie est véritablement creuse, qu'elle ne renferme rien à son centre.

2° Au-dessous de ce vide, par conséquent au-dessous de l'ouverture vulvaire, on perçoit au centre des parties prolapsées une tumeur ferme, élastique, qui présente les propriétés physiques du corps de l'utérus, et se continue sans interruption avec la portion sous-vaginale du col visible à l'extérieur.

3° Une sonde étant introduite dans la vessie et portée horizontalement sur la ligne médiane vers le rectum, est presque immédiatement sentie par le doigt introduit dans l'intestin, sans autre intermédiaire que les parois vésicale et rectale, parce qu'elle passe au-dessus du corps

Digitized by Google

de l'utérus. Si au contraire l'extrémité de la sonde, tout en restant sur la ligne médiane, est dirigée obliquement en bas et en arrière vers la paroi postérieure du vagin, comme pour transpercer cette paroi à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs, elle est arrêtée par le corps de l'utérus et ne vient pas soulever la gaîne vaginale, soulèvement qu'elle opère et qui devient sensible au doigt et à l'œil, lorsqu'on dirige l'extrémité de l'instrument vers le bord antérieur du périnée sur la partie postérieure du pédicule, la sonde passant alors au-dessus du corps de la matrice.

4° Si le doigt introduit dans le rectum est porté en avant et en haut dans l'excavation pelvienne, il n'y rencontre ni la tige centrale formée par le corps de l'utérus, ni le corps de cet organe, mais un vide au-devant duquel il trouve la vessie. S'il est porté en avant et en bas, vers le bord inférieur du ligament sous-pubien, il passe par-dessus le corps de l'utérus, qu'il sent situé au-dessous du bassin, et vient soulever la paroi antérieure du vagin au niveau des plis du tubercule uréthral, sans autre intermédiaire que le prolongement vésical.

5° L'hystérométrie vient compléter ces données toutes physiques en faisant connaître la situation du fond de l'utérus, les dimensions de cet organe, et en permettant d'imprimer à son corps tous les changements de direction et de position que l'on désire, changements qui s'opèrent sous les yeux du praticien et sous la main qui palpe le pédicule de la tumeur. L'application de l'hystéromètre est ici d'autant plus importante que le tissu de l'utérus est assez souvent ramolli et que la palpation, même la plus exercée, pourrait méconnaître ou confondre le corps de cet organe avec les parties environnantes; si l'on craint que l'utérus soit ramolli, il faut procéder avec beaucoup de ménagements et se servir d'une sonde de gomme élastique.

6° A l'aide du toucher rectal, on sent qu'il part de chacun des angles de la matrice une corde qui se porte obliquement en haut et en dehors vers la marge du bassin. Cette corde est formée par la réunion des ligaments ronds, de l'ovaire et des trompes. Lorsqu'on pèse dessus ou lorsqu'on la pince entre les doigts, on cause sur les parties latérales du bas-ventre et aux aines une douleur plus ou moins vive. On ne rencontre pas cette corde dans l'allongement hypertrophique sans précipitation du corps de l'organe.

7° Dans la réduction et la contention, les choses ne se passent pas de

Digitized by Google

même dans les deux affections. Si l'on a affaire à une chute complète, au moment de faire franchir au corps de l'utérus l'anneau vulvaire, on éprouve une certaine difficulté, une certaine résistance; une fois que la partie qui est la plus volumineuse a franchi l'ouverture de la vulve, les restes de l'organe et de la tumeur remontent d'eux-mêmes, échappent aux doigts, se portent dans le bassin comme s'ils étaient aspirés ou attirés, absolument comme dans la réduction de certaines hernies intestinales. On peut remonter l'utérus jusqu'à sa situation normale sans résistance, sans lui faire éprouver aucune courbure et sans causer à la malade aucune douleur; elle se trouve au contraire soulagée. La matrice peut être maintenue à l'aide d'un pessaire élytroïde ou en bondon, sans déterminer de souffrances, et cet instrument peut être supporté. Dans la chute complète de l'utérus, au moment des règles, il arrive assez souvent que la malade ne puisse faire rentrer sa tumeur, tant à cause de l'excès de sensibilité que de la congestion dont les organes génitaux sont alors le siége, ce qui augmente le volume de la matrice et rétrécit l'anneau vulvaire. Pour faire rentrer sa tumeur, la malade est obligée d'attendre que la turgescence menstruelle soit tout à fait terminée (obs. XI).

Au contraire, dans l'allongement hypertrophique accompagné de la chute et du renversement complets du vagin, sans précipitation du corps de l'utérus, la réduction en tout temps, avant comme après les règles, est facile, se fait sans résistance de la part de l'ouverture vulvaire; elle s'opère graduellement sans soubresaut ou échappement, comme sans douleur, jusqu'au moment où le museau de tanche est remonté jusqu'à l'extrémité inférieure du vagin; mais, si l'on veut reporter cette partie de l'utérus plus haut, à sa position normale, le plus souvent on éprouve de la résistance; on courbe l'utérus sur lui-même, on cause une douleur plus ou moins vive, ou l'on remonte le corps de la matrice dans la cavité abdominale où il est une cause de gêne, de malaise et même, consécutivement, de douleur insupportable.

Ainsi donc la réduction présente cette différence dans les deux maladies : dans la chute de la matrice, son premier temps peut être douloureux, difficile ou impossible; son second temps est indolent et facile; dans l'allongement hypertrophique, c'est l'inverse qui a lieu. Dans cette dernière affection les pessaires allongés, en bondon ou élytroïdes,

Digitized by Google

déterminent tout de suite de la douleur ou en amènent ultérieurement et ne peuvent, le plus souvent, être supportés, tandis que les pessaires plats et ovales qui ne refoulent pas, ne tassent pas l'utérus, peuvent être endurés utilement.

8° Enfin, on pourrait peut-être encore donner comme signe différentiel que dans la véritable chute de l'utérus sans allongement hypertrophique, la tumeur n'acquiert pas une longueur aussi considérable que celle qu'elle peut présenter dans cette dernière affection. Malheureusement je ne possède que deux exemples de chute complète sans hypertrophie longitudinale, et cela ne suffit pas pour établir un caractère pathologique différentiel. On conçoit cependant que quand l'utérus complétement prolapsé a conservé ses dimensions normales, il ne descend pas beaucoup au-dessous de la vulve, étant soustrait aux pressions abdominales, musculaires et viscérales. Il n'est plus alors sollicité à descendre que par son propre poids, qui n'est pas assez considérable pour n'être pas maintenu en équilibre par les ligaments utérins qui, dans ce cas, doivent être véritablement tendus, et par l'élasticité et la contractilité des parois vaginales.

Il nous a également semblé que les troubles physiologiques et fonctionnels étaient aussi plus intenses dans la précipitation que dans l'allongement, quel que soit le volume de la tumeur; mais c'est là une question dont la solution est réservée à l'avenir.

Lorsqu'il existe tout à la fois un allongement hypertrophique du col, une chute complète de l'utérus et une rétroflexion, la tumeur offre une forme et une disposition spéciales qui peuvent aider à la caractériser: elle présente de chaque côté un sillon très manifeste qui se porte obliquement de bas en haut et d'arrière en avant, et la paroi postérieure du vagin est non-seulement complétement renversée, mais elle descend beaucoup plus bas que l'orifice externe du col (pl. XI, fig. 1).

Les maladies qui compliquent souvent celle qui nous occupe sont la métrite aiguë ou chronique avec ramollissement du tissu utérin, l'engorgement, l'exulcération, l'ulcération, l'état fongueux de la membrane muqueuse du col, la folliculite, les kystes folliculaires, l'hypersécrétion purulente, l'engorgement de la portion sous-vaginale du col, son oblitération. Dans deux cas, je l'ai vue compliquée de l'hypertrophie des follicules du col qui formaient vers la partie interne de l'orifice une

Digitized by Google

petite tumeur sessile du volume et de la forme d'un gros pois (1). Il n'est pas rare d'observer dans le corps de l'organe des polypes ou des tumeurs fibreuses en voie d'évolution. Le corps de la matrice peut être atteint de différentes déviations; la plus fréquente est la rétroflexion; les ovaires et les trompes sont assez souvent atteints de diverses affections. Le vagin est très fréquemment ulcéré, pour peu que la maladie soit ancienne, que la malade ne soit pas très propre et qu'elle se livre à des travaux pénibles qui sont des causes de froissement et d'inflammation de la tumeur. Les maladies de la vessie sont très fréquentes : nous les signalerons à l'occasion des caractères physiologico-pathologiques, ainsi que celles de la région anale.

Nous allons rapporter quelques faits et observations qui viennent à l'appui de la description anatomo-pathologique que nous venons de donner. Pour ne pas trop allonger ces observations, nous supprimerons beaucoup de détails qui ne nous paraissent pas importants.

OBSERVATION XI. — *Chute complète de l'utérus qui a commencé à s'opérer à l'âge de soixante et un ans, à la suite d'un violent effort. — Oblitération de l'orifice supérieur du col. Ulcération.* (Dessin de M. Guérineau, pl. III, fig. 2.)

Le 25 juillet 1843, entra à l'hôpital de Lourcine, salle Saint-Bruneau, n° 1, la nommée Charl... Mar... Jul..., âgée de soixante-dix ans, artiste peintre.

Elle eut son premier et unique enfant à l'âge de vingt-six ans; l'accouchement fut facile et ses suites heureuses. Les règles, qui s'étaient établies sans souffrances, cessèrent à cinquante ans. Elle n'avait jamais eu aucune incommodité ni signe de descente, lorsque, dix à onze ans après la cessation des règles, elle fit un effort considérable et au-dessus de ses forces en tirant un seau d'eau d'un puits à poulie. Elle sentit de suite craquer quelque chose dans le bas-ventre; à l'instant même elle éprouva une vive douleur qui lui fit lâcher la corde. Elle fut obligée de s'asseoir; la douleur avait le caractère de coliques; elle dura près d'une heure. Elle ne se coucha pas pour cela, et le jour même la matrice apparut à l'entrée du vagin. Puis peu à peu elle est descendue davantage et est arrivée au point où elle est aujourd'hui. A deux époques différentes et que la malade ne peut préciser, elle dit qu'il est sorti par le col de la matrice du sang et du pus.

Depuis quatre mois que la matrice est entièrement sortie, elle ne rentre plus. C'est à peu près de la même époque que date une ulcération qui a succédé à l'arrachement d'une portion d'épiderme qui s'était en partie détachée sous forme d'écaille. Cette ulcération à fond rosé granuleux est peu profonde; elle est irrégulièrement ovalaire et courbée vers l'orifice du col. Elle a

(1) C'est une affection très peu connue. Je ne sache pas qu'elle ait encore été décrite; elle a au reste la plus grande analogie avec l'exdermoptosis folliculaire de la vulve, que j'ai décrite dans mon mémoire sur les maladies des appareils sécrétoires des organes génitaux de la femme. Elle ressemble beaucoup aussi aux tumeurs glanduleuses du voile du palais.

Digitized by Google

une longueur de 3 centimètres et une largeur de 2 centimètres. Elle est recouverte d'une couche peu épaisse de pus grisâtre et est douloureuse seulement au toucher. Elle siége sur la partie antérieure et inférieure de la tumeur, à droite de l'ouverture du col, qui est obliquement dirigée en avant et à gauche ; la commissure de ce côté est plus élevée que la droite. Cette ouverture du col a 1 centimètre d'étendue.

L'ensemble de la tumeur qui pend au-dessous de la vulve a la forme d'un ovoïde régulier sans aucune ride ; la couleur est à peu près la même que celle de la peau. Elle a 7 centimètres et demi de long sur 5 de large.

La paroi antérieure du vagin est presque complétement renversée ; il n'en est pas de même de la paroi postérieure. En soulevant et en renversant en avant la tumeur, on voit qu'il existe entre la partie postérieure de son pédicule et la fourchette un cul-de-sac qui remonte à près de 3 centimètres de profondeur.

En palpant en tous sens le pédicule entre les doigts, on n'y sent aucune partie renflée et résistante que l'on puisse comparer au corps de l'utérus. A 1 centimètre environ au-dessous de la vulve, on perçoit, au centre de la tumeur, une substance molle, pâteuse, qui se continue avec le col utérin. Le toucher rectal donne la même sensation.

La vessie n'envoie qu'un petit prolongement dans la tumeur, le rectum n'en envoie pas.

Un stylet introduit dans l'orifice du col pénètre au plus à 2 centimètres et demi.

L'âge auquel la maladie s'est manifestée chez cette femme qui n'en avait jamais éprouvé aucune atteinte avant son accident; l'espèce de vide que l'on sentait dans le pédicule de la tumeur; la présence, au-dessous de ce vide, d'une substance pâteuse qui semblait se continuer avec le col utérin; l'impossibilité, à cause de l'oblitération de l'orifice supérieur du col, de cathétériser la cavité de l'utérus dans toute sa longueur et de reconnaître au juste la situation du fond de l'organe, ont dû me faire penser, bien que la tumeur ne fût pas très volumineuse, que cette femme était atteinte d'une chute complète avec un ramollissement et un léger degré d'atrophie du corps de la matrice. Ces deux dernières altérations sont en effet assez fréquentes chez les vieilles femmes, surtout lorsque la cavité du col est oblitérée. Il est vrai que j'ai omis de cathétériser la vessie pour m'assurer s'il n'existait pas sur la ligne médiane, entre elle et le rectum, un corps intermédiaire, comme on le trouve dans l'allongement et la chute du col; mais alors j'ignorais, avec les autres praticiens, la fréquence de cet allongement et l'extrême rareté de chute de l'utérus. Malgré l'expérience que j'ai acquise aujourd'hui sur ce sujet, je n'en continue pas moins à penser, à cause de tous les autres caractères que présentait la tumeur et l'époque de la vie à laquelle elles'est manifestée, sans que la malade ait jamais eu d'affection utérine antérieure, qu'il s'agissait dans ce cas d'une chute complète.

Digitized by Google

La malade ne souffrait que lorsqu'elle restait longtemps debout ou se livrait à des efforts réitérés. La tumeur elle-même n'était douloureuse que lorsqu'elle avait été froissée pendant la marche. La miction et la défécation n'avaient éprouvé aucun trouble.

Sous l'influence du repos horizontal, de bains de siège émollients d'abord et ensuite astringents, l'ulcération se cicatrice promptement; la tumeur diminue de volume.

Le 14 septembre je la fis rentrer complétement sans douleur et avec facilité. Cette réduction s'opéra tout d'un coup, et je la maintins réduite avec un pessaire élytroïde qui fut très bien supporté. A cette époque le stylet ne pénétrait plus dans la cavité du col qu'à 2 centimètres. La malade sortit le 3 octobre dans un très bon état.

OBSERVATION. XII. — *Chute complète de l'utérus sans allongement et sans lésions, soit de cet organe, soit des parties environnantes.*

Bien que, dans ce travail, j'aie principalement en vue d'entretenir les praticiens de l'allongement hypertrophique de l'utérus et du traitement qu'il réclame, j'ai pensé qu'il serait utile de rapporter encore une observation de chute complète et essentielle, non-seulement parce que cette affection est très rare, mais parce que le fait particulier qui va suivre résume la plupart des caractères différentiels de la véritable chute et de la pseudo-chute ou allongement du col accompagné du renversement du vagin.

Tout récemment (4 octobre 1858) s'est présenté à ma consultation de l'hôpital Beaujon la nommée Chap... Mad..., âgée de cinquante ans, blanchisseuse, qui était entrée dans mon service le 9 octobre 1854 pour se faire soigner d'une chute incomplète de l'utérus et de divers accidents.

Cette femme rapporte qu'elle exerce la profession de blanchisseuse depuis l'âge de quinze ans; qu'elle fut réglée à quatorze ans sans accidents; les règles ont toujours été très régulières et abondantes, ont constamment duré sept à huit jours. Il y a deux jours elle les avait encore. Depuis le moment où la matrice a commencé à sortir, elle a perdu plus de sang à chaque époque menstruelle qu'auparavant.

Elle a eu cinq enfants; le premier à seize ans, le dernier à trente-huit ans. Tous ses accouchements se sont faits naturellement. Elle commit l'imprudence de se lever après chacun d'eux du cinquième au sixième jour, et de reprendre ses travaux fatiguants au bout de douze ou treize jours.

Il y a douze ans, six semaines après son dernier accouchement, elle éprouva de la pesanteur vers la partie et sur le périnée, des douleurs dans l'aine droite. Elle sentit, en introduisant le doigt dans la partie le col de la matrice vers l'entrée de vagin. Des douleurs se firent sentir sur le siége, et le col utérin commença à paraître dans l'ouverture vulvaire, puis de jour en jour le prolapsus devint plus manifeste. En 1854 elle eut une diarrhée chronique et une toux opiniâtre; ses douleurs devinrent beaucoup plus vives. Ce fut à ce moment qu'elle entra dans mon service. Elle était alors très amaigrie et son teint était jaune terreux.

Après avoir combattu pendant près de cinq mois la diarrhée et la toux, et placé à cette femme le pessaire de M. Hervez de Chigoin, je la renvoyai.

Digitized by Google

Elle reprit son travail. Les efforts de la toux, qui reparut, chassèrent le pessaire : la matrice sortit de nouveau.

Aujourd'hui, lorsque cet organe n'est pas maintenu dans le bassin à l'aide d'un chauffoir ou d'une pelote vulvo-périnéale fixée à une ceinture hypogastrique, il forme au-dessous de la vulve une tumeur qui a la forme et le volume d'un gros citron. Le vagin est complétement renversé ; ses parois sont souples, douces et humides, ce qui tient à ce que la malade maintient la tumeur autant que possible réduite. Cette tumeur a une longueur de 9 centimètres en avant comme en arrière, et une largeur de 7 centimètres. Elle est d'un rouge assez intense, qui tranche nettement sur la teinte des parties voisines.

Le museau de tanche, qui est au sommet de la tumeur, offre l'aspect et le volume qu'il a habituellement chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants. Il est d'un rouge un peu plus vif que celui du reste de la tumeur. Son orifice se présente sous la forme d'une fente qui a une longueur de 1 centimètre et demi.

Lorsque l'on palpe la tumeur, on sent que le pédicule est creux. Pincé d'avant en arrière entre les doigts, il est facile de reconnaître que l'on n'a saisi que les parois vaginales et un petit prolongement de la vessie. Si l'on serre ces parties avec une certaine force, on fait naître la sensation du besoin d'uriner sans cependant causer de douleur. Au-dessous de cette partie, à 2 centimètres de l'ouverture vulvaire, on reconnaît au centre de la masse un corps ferme et résistant, douloureux à la pression, qui présente tous les caractères de l'utérus, et qui se continue en bas avec la portion sous-vaginale du col. On a, au reste, de suite la certitude que ce corps n'est autre que l'utérus, il ne pénètre qu'à 6 centimètres et demi, et l'on perçoit le fond de l'utérus, ainsi que l'extrémité de l'instrument au-dessous du pédicule saisi entre les doigts.

Par le toucher rectal, il est également facile de reconnaître le fonds de l'utérus dans la tumeur et de suivre l'hystéromètre dans tout son parcours. Il y a plus, le doigt dirigé horizontalement en avant de la ligne médiane passe par-dessus le fond de l'utérus pour venir soulever la paroi antérieure du vagin. Ce fait me dispensa d'introduire une sonde dans la vessie. Les doigts sentent parfaitement qu'un prolongement de ce réservoir existe seul dans la partie antérieure de ce pédicule. La paroi du rectum fait dans la cavité péritonéo-vaginale une saillie de 2 centimètres environ.

Le corps de l'utérus a subi une légère rétroflexion qui se laisse facilement redresser ; on ne sent pas les ovaires dans la cavité vagino-péritonéale, mais de chaque côté, partant des angles de l'utérus, on trouve une corde qui se dirige en dehors et en haut vers le détroit supérieur du bassin. Cette corde m'a paru évidemment formée par les ligaments de l'ovaire, les ligaments ronds et les trompes. Après la réduction de la tumeur, il ne m'a plus été possible de la retrouver. — La fourchette et le périnée n'ont subi aucune déchirure.

La vulve est très dilatée. C'est sans doute là une des raisons pour lesquelles tous les pessaires que la malade a essayés n'ont pu rester en place et maintenir la tumeur réduite, mais ils ne l'ont jamais fait souffrir.

Troubles physiologiques.— La malade sait parfaitement (car elle l'accuse d'elle-même) que le centre de la tumeur est plus sensible que la surface, que cette partie centrale est même quelquefois douloureuse, quand elle s'assied, par exemple, ou lorsque la tumeur est heurtée et fortement secouée dans un brusque mouvement. Quelques jours avant les règles et pendant leur durée, cette partie devient plus sensible, plus chaude et plus volumineuse. Si alors elle veut faire rentrer son prolapsus, ce qu'elle fait habituellement avec facilité, et sans souffrances, elle ne réussit que difficilement et avec des douleurs plus ou moins vives. Il arrive même par-

Digitized by Google

fois, si surtout elle a fatigué à cette époque, que ces douleurs soient assez intenses pour qu'elle ne puisse obtenir cette réduction, et elle est obligée pour l'opérer d'attendre que le mouvement menstruel soit complétement terminé. Les règles, qui durent encore, bien que la malade ait cinquante ans bien révolus, sont plus abondantes qu'à l'état normal. Elle n'a pas de flueurs blanches.

La miction est fréquente et en général facile. Seulement l'urine, en sortant du méat urinaire, au lieu de s'écouler en jet unique et régulier, s'éparpille en gerbe qui inonde la tumeur et les parties environnantes. La défécation s'exécute ordinairement sans difficulté. Mais lorsque la tumeur est sortie depuis quelques jours, qu'elle augmente de volume, la miction et la défécation sont difficiles et quelquefois impossibles, la première surtout. Pour exécuter cette fonction, la malade est obligée de peser sur la tumeur avec les mains. Pour faciliter l'évacuation des matières fécales, elle est dans la nécessité de ramener en haut et en avant la tumeur qui, dans la position accroupie, est rejetée en bas et en arrière contre l'ouverture anale qu'elle oblitère. Peut-être aussi que, par ce mouvement d'élévation et de bascule qu'elle fait éprouver à la tumeur, le corps de l'utérus vient-il exercer une pression sur la partie antérieure de l'extrémité inférieure du rectum et faciliter la sortie des matières. En tout cas, ce mouvement doit un peu redresser la courbure anormale que toute chute de l'utérus et renversement complet du vagin impriment au rectum.

Quand elle veut rester debout et travailler sans que la matrice soit réduite et maintenue, elle est sans force, puis bientôt elle éprouve un malaise dans le ventre, ensuite un sentiment de tiraillement qui part de la région épigastrique et ombilicale. Ce sentiment se convertit en une véritable douleur; une sueur froide couvre son visage et elle sent qu'elle va se trouver mal, si elle ne se hâte de se coucher et de remonter sa tumeur. Deux ou trois fois déjà elle a perdu complétement connaissance.

Je réduisis assez facilement la tumeur; cependant, je rencontrai quelque difficulté pour engager et faire passer dans l'ouverture vulvaire le corps de l'utérus. Mais, une fois que cette partie eut franchi l'entrée de la vulve, le reste de la matrice rentra spontanément, m'échappa des doigts pour se porter dans le bassin, à la manière d'une hernie intestinale que l'on réduit, et qui vous échappe, sitôt que la plus forte partie de l'intestin a franchi l'anneau. Il ne restait plus hors de la vulve que l'extrémité inférieure du vagin encore renversée et que la moindre pression remit à sa place. Je pus remonter très haut l'utérus, c'est-à-dire jusqu'à sa situation normale, sans faire éprouver à la malade aucun tiraillement, aucune douleur; elle éprouvait au contraire un bien-être sensible. Dans cet réduction très complète, l'utérus n'éprouva aucune déviation.

OBSERVATION XIII. — *Allongement hypertrophique et chute du col de l'utérus. — Extroversion de cette partie. — Renversement complet du vagin pris pour une chute complète de l'organe. — Réduction spontanée jusqu'au-dessus de l'entrée du vagin. — Nouvelle chute. — Réduction et tentative de contension avec un pessaire élytroïde qui ne peut être supporté. — Syphilide tuberculeuse, engorgements ganglionnaires multiples.* (Dessins de MM. Guérineau et Huet, pl. V, fig. 1, 2, 3.)

La première malade sur laquelle j'observai un allongement et une chute du col de l'utérus accompagnés d'un renversement complet du vagin fut la nommée Bre... Ros..., âgée de quarante ans, journalière, entrée à l'hôpital de Lourcine le 7 novembre 1843, pour se faire soigner d'une syphilide tuberculeuse. Cette femme, qui est lymphatique, d'une faible constitution, à peau blanche, chairs molles et cheveux roux, eut il y a dix-sept ans un accouchement très dif-

Digitized by Google

ficile qui nécessita la version. La fourchette fut déchirée. Les couches se passèrent bien ; cette malade se leva même le septième jour et reprit ses travaux le douzième. Quelques temps après elle s'aperçut qu'une grosseur venait se présenter vers l'ouverture de la partie. La grosseur devint peu à peu plus saillante. Mais comme elle ne lui causait que de la gêne et un sentiment de pesanteur, elle ne consulta aucun médecin. Lorsque la malade était couchée, elle rentrait d'elle-même. Ce n'est guère que depuis deux mois, époque à laquelle il est survenu des boutons sur tout le corps, des tubercules muqueux et des engorgements ganglionnaires multiples aux aines, que la tumeur ne rentre plus tout à fait, qu'elle est devenue habituellement un peu douloureuse. Elle n'en est gravement incommodée que dans le cas de fatigue extrême. Aussi la malade dit-elle que, sans sa maladie syphilitique, elle ne serait pas entrée à l'hôpital. La miction n'est fréquente et gênée que vers la fin de la journée, lorsque, par la fatigue, la grosseur est devenue volumineuse.

Aujourd'hui le vagin est entièrement renversé. La matrice, qui paraît complétement précipitée entre les cuisses, se présente sous la forme d'une tumeur cylindrique légèrement rétrécie au niveau de l'insertion du vagin. La longueur totale de la tumeur est de 10 centimètres. La longueur, mesurée du méat urinaire au bord antérieur de l'orifice du col, est de 7 centimètres. La largeur varie suivant le point où on l'examine. Vers l'extrémité inférieure elle est de 62 millimètres ; au milieu, au niveau du rétrécissement, de 5 centimètres ; et à l'extrémité supérieure, au point correspondant au prolongement vésical, elle est de 58 millimètres. Ce qui rend l'extrémité inférieure de la tumeur plus large que le reste de la masse, c'est que la portion sous-vaginale du col est le siége d'un engorgement chronique d'une hypertrophie excentrique et d'un renversement de dehors en dedans et de bas en haut ; de sorte qu'une partie de la surface interne du col est devenue externe. Cette partie est d'un rouge violet et sensible à la pression. Le vagin est indolent et à peu près de la couleur de la peau.

Prescription. — Bains, tisane des quatre bois sudorifiques. Liqueur de Van-Swiéten, un quart de grain (1 centigramme) dans un julep gommeux. Repos au lit. Bain de siége, le soir.

Le 19, la tumeur est presque entièrement rentrée. Il ne reste plus au dehors de la vulve que la portion sous-vaginale du col qui fait une saillie d'un demi-centimètre environ. Cette partie est elle-même moins volumineuse, moins tendue et moins rouge que l'avant-veille. On y voit, surtout sur la lèvre postérieure plusieurs follicules muqueux irrités, enflammés, dont les orifices sont légèrement agrandis, ulcérés, et par lesquels s'écoulent des gouttelettes de pus et de muco-pus. Vers la partie postérieure gauche est une petite ulcération irrégulière qui a tout au plus 1 centimètre d'étendue (pl. V, fig. 2.)

Un gros stylet olivaire, introduit dans la cavité utérine, pénètre sans aucune difficulté à 10 centimètres et demi et joue facilement dans toute la cavité de l'organe (1).

Lors de la sortie de la malade, qui eut lieu le 30 décembre, la matrice était entièrement rentrée, mais à l'état de descente, c'est-à-dire que, quand la malade était debout ou faisait un léger effort, le col, et particulièrement la lèvre postérieure, venaient se montrer à l'ouverture de la vulve (pl. V, fig. 3.)

Peu de temps après sa sortie de l'hôpital, l'utérus tomba de nouveau et la syphilide reparut. Des tubercules muqueux se manifestèrent à l'anus et surtout à la vulve. Le corps se couvrit d'une syphilide tuberculeuse. La malade rentra à Lourcine, le 19 mars 1844, pour se faire soigner de cette affection.

Le prolapsus utérin offrait les mêmes caractères qu'à son premier séjour, seulement elle en

(1) Je n'avais pas encore inventé l'hystéromètre ; je me servais d'un stylet ou d'une sonde cannelée pour mesurer la longueur de la cavité de l'utérus.

Digitized by Google

souffrait un peu plus, ce qui tenait probablement à ce que ces tubercules muqueux s'étaient développés jusque sur le pellicule de la tumeur.

L'hystéromètre, porté dans la cavité utérine, remontait toujours à 10 centimètres et demi, et le doigt, introduit dans le rectum, sentait le fond de l'utérus et l'extrémité de l'instrument vers le milieu de la hauteur de la symphyse du pubis.

Cette fois, la tumeur ne rentre pas spontanément; le 6 avril elle était seulement diminuée de moitié dans le sens de la longueur. Il me fut cependant facile de la réduire; le soir même en faisant un léger effort de défécation, elle retomba.

Le 9, je réduis la tumeur, et je cherche à la maintenir avec un pessaire élytroïde. Pour placer cet instrument, il fallait rendre au vagin sa longueur et remonter le col jusqu'à sa position normale. La malade souffrit légèrement dans ces manœuvres; elle garda le lit; le soir, elle éprouvait un sentiment de malaise, de distension dans le bassin, bien que le pessaire ne fût pas volumineux et qu'il eût été introduit sans aucun effort.

Le lendemain matin, 10, la malade éprouva de la douleur derrière le pubis; le ventre était sensible à la pression. — Bains, cataplasme sur le ventre. Dans la journée la douleur augmente, la malade enlève le pessaire, le malaise et la douleur cessent.

Probablement ces légers accidents étaient dus, en raison de l'allongement de l'utérus, au refoulement de cet organe dans la cavité du grand bassin, à la distension des ligaments utérins et au tassement du col sur le corps; aussi je regrette aujourd'hui, en considérant que chez cette femme l'ouverture vulvaire n'était pas très élargie, que l'utérus pouvait être sans souffrance remonté jusqu'au-dessus de l'extrémité inférieure du vagin, de ne pas lui avoir placé un pessaire plat et ovalaire, comme je l'ai fait depuis utilement sur plusieurs femmes qui étaient dans les mêmes conditions.

OBSERVATION XIV. — *Allongement hypertrophique de l'utérus. — Chute du col. — Renversement complet du vagin pris pour une précipitation de la totalité de l'organe gestateur. — Mort par péritonite. — Erreur de diagnostic révélée par l'autopsie.* (Dessin de MM. Guérineau et Lakerbauer, pl. IV, fig. 1 et 2.)

Le 24 mars 1846 entra à l'hôpital de Lourcine, salle Sainte-Marie, n° 44, la nommée Foll... Mer... Char..., âgée de quarante et un ans, journalière.

Cette femme, d'une constitution assez forte, d'un tempérament sanguin et d'un embonpoint assez prononcé, fut réglée à dix-huit ans. Les premiers rapports sexuels eurent lieu à vingt et un. Elle devint enceinte peu de temps après. L'accouchement et ses suites furent heureux. Cette femme est si peu intelligente qu'on ne peut tirer d'elle aucun autre renseignement, si ce n'est que sa tumeur a commencé à paraître il y a deux ans. On ne peut donc constater que ce qui existe. On voit au-dessous de la vulve une tumeur rougeâtre, ovalaire, un peu pyriforme, dont la grosse extrémité est dirigée en bas, formée par l'utérus, qui paraît précipité hors de la vulve et recouvert par le vagin entièrement renversé, même la paroi postérieure, qui forme l'extrémité libre de la tumeur et descend à 4 centimètres plus bas que l'orifice vaginal du col.

Digitized by Google

La circonférence de cette tumeur est de 26 centimètres, sa largeur de 8 centimètres; sa longueur totale, mesurée du vestibule à son sommet, est de 12 centimètres; mais la paroi antérieure du vagin, mesurée du vestibule au bord antérieur de l'orifice du col, n'a qu'une longueur de 8 centimètres, tandis que la paroi postérieure, mesurée du bord postérieur de cette ouverture au bord antérieur du périnée, a une étendue de 12 centimètres.

Il résulte de cette disposition que le museau de tanche, au lieu d'être placé au sommet de la tumeur, est placé sur sa face antérieure à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs. L'ouverture du col se présente sous la forme d'une fente transversale ondulée qui a 2 centimètres 1/2 d'étendue. Il s'en écoule un peu de muco-pus et quelques gouttelettes de sang.

Une sonde cannelée introduite dans la cavité utérine pénètre d'emblée, sans aucun obstacle, jusqu'à son pavillon, c'est-à-dire dans une longueur de 12 centimètres.

La muqueuse du vagin est d'un rouge vif, ce que la malade attribue au chemin qu'elle a fait à pied pour se rendre à l'hôpital. Elle présente quelques rides seulement à la partie supérieure; l'épithélium s'en détache dans plusieurs autres points sous forme de lamelles et d'écailles d'un blanc grisâtre assez épaisses. On remarque deux ulcérations superficielles arrondies, peu étendues : l'une, plus petite, située à la partie antérieure et supérieure droite de la tumeur; l'autre, de l'étendue d'une pièce de 1 franc environ, est située au-dessus du museau de tanche.

La consistance de la tumeur est assez molle dans sa circonférence, qui est formée par le vagin renversé; mais plus profondément on sent une partie dure, allongée, qui se continue avec le col utérin, et qui n'est autre que la matrice. Cependant, on ne sent pas le renflement que devrait former le corps de l'organe.

Si on frotte la surface de la tumeur avec les doigts ou un linge un peu rude, on voit se produire sur toute son étendue une sorte de froncement ou de mouvement vermiculaire dû à la contraction du tissu dartoïque qui tapisse la muqueuse vaginale.

Si l'on touche par l'anus, on reconnaît que la paroi antérieure du rectum, presque immédiatement au-dessus de l'ouverture anale, envoie un prolongement en cul-de-sac long de 5 centimètres dans la partie postérieure de la tumeur. Au-dessus de ce prolongement, au devant de l'intestin, je sentis un corps ovoïde, dur, bien limité, qui n'était autre que le corps de l'utérus, et dont j'eus le tort de ne pas établir alors la situation exacte et la situation relative au pubis et au museau de tanche. Certes, ce caractère, uni à celui du cathétérisme utérin, m'eût dessillé les yeux et montré que cette affection, que les auteurs et mes maîtres considéraient comme une chute complète de la matrice, et que je regardais moi-même comme une chute complète, n'était qu'un allongement et un prolapsus du col, ce que m'apprit quelques jours après l'autopsie de la malade.

Le méat urinaire se trouve situé profondément et immédiatement au-dessous de la symphyse du pubis dans un petit espace triangulaire qui reste vide entre l'extrémité supérieure de la tumeur et la commissure des nymphes; il est ainsi repoussé en haut par la masse sous-vulvaire. La sonde qu'on y introduit pénètre d'abord presque horizontalement d'avant en arrière, puis verticalement de haut en bas; elle est ensuite fortement déviée à droite.

Toute la tumeur est facilement réductible; mais aussitôt que la malade marche ou fait le moindre effort, elle tombe de nouveau. — Cette femme n'éprouve aucune douleur, excepté les jours de grande fatigue.

Les menstrues sont toujours très régulières; elles sont très abondantes; elles durent huit à neuf jours. Lors de l'entrée de la malade à l'hôpital, elles étaient à peine terminées. — Il y a de la constipation; elle est obligée de faire des efforts assez considérables pour aller à la selle.

Digitized by Google

— La miction est en général facile ; l'urine est lancée en avant et en haut ; elle retombe en grande partie sur la tumeur, la baigne et l'irrite.

Il y a huit à neuf mois, un pessaire fut placé ; la malade le garda pendant quatre mois. Peu à peu, il devint gênant, détermina des malaises, puis de la douleur, ce qui nécessita son extraction. Depuis ce moment elle a abandonné sa maladie à elle-même.

Un bain ; — injections vaginales émollientes trois fois par jour ; — repos ; — quatre portions d'aliments.

Cette malade allait aussi bien que possible lorsque, les 29 et 30 mars, n'écoutant que son courage, et cédant à l'amour un peu exagéré des religieuses pour la propreté, elle se mit à nettoyer toutes les vitres de la salle Sainte-Marie, qui est une des plus vastes et des plus élevées de l'établissement. Après avoir passé deux jours à ce rude travail, presque constamment montée sur une échelle, sa tumeur s'irrita, s'enflamma, devint le siége d'une sorte d'érysipèle accompagné de fièvre.

Le 31 mars, dans la nuit, les symptômes d'une péritonite suraiguë se manifestèrent, et la mort eut lieu le 2 avril au matin, malgré le traitement antiphlogistique et révulsif le plus énergique.

Je fis, comme toujours, l'autopsie moi-même, désireux que j'étais d'ailleurs de me rendre compte de l'excès de longueur de la cavité utérine, et d'étudier avec soin les rapports des viscères abdominaux et pelviens avec la cavité péritonéo-vaginale, sur laquelle les auteurs nous ont dit tant de choses qui méritaient d'être confirmées.

Après avoir exploré les seins et reconnu qu'il existait dans la glande mammaire gauche un kyste de la grosseur d'une petite bille, renfermant un liquide roussâtre et filant, j'ouvris avec le plus grand soin l'abdomen, dont les parois étaient fortement tendues. Il s'en écoula aussitôt un liquide séro-purulent très abondant contenu dans le péritoine. Cette membrane était injectée dans toute son étendue ; le grand épiploon, fortement injecté, n'avait contracté aucune adhérence. Tout le péritoine intestinal est injecté, rempli d'arborisations et couvert de flocons purulents.

La plus grande partie de l'intestin grêle est plongée dans le grand bassin ; l'excavation pelvienne est remplie d'une sérosité citrine mêlée de pus.

Après avoir enlevé avec les plus grands ménagements la masse intestinale et suivi avec une scrupuleuse attention les rapports des parties, grande fut ma surprise en trouvant le corps de l'utérus dans sa position normale, peut-être même était-il un peu plus haut, car son fond arrivait jusqu'à 1 centimètre au-dessous du bord supérieur de la symphyse pubienne (pl. IV, fig. 2). Je crus que quelqu'un avait réduit la tumeur dans les derniers instants de la vie de la malade, et j'écartai les cuisses du sujet pour m'en assurer ; mais je la trouvai telle qu'elle était pendant l'existence. On ne voyait pas davantage cette large cavité vaginale, décrite par les auteurs, béante au fond du bassin et recevant, dans la base de l'infundibulum qu'elle forme, une partie des viscères pelvi-abdominaux.

Voici dans quel état étaient le péritoine et les organes contenus dans l'excavation pelvienne :

L'inflammation péritonéale était moins intense dans le petit bassin, sur l'utérus et sur la vessie, qui étaient blanchâtres et peu injectés, que partout ailleurs. Le cul-de-sac postérieur (vagino-rectal) a 13 centimètres de profondeur ; il doit cet excès d'étendue à ce qu'il se continue dans le vagin renversé jusqu'à l'extrémité inférieure de la tumeur sous-vulvaire. On peut le suivre jusqu'à 1 centimètre 1/2 du bord postérieur de l'orifice du col. Le prolongement du cul-de-sac postérieur dans le vagin forme une cavité digitale qui communique avec le

Digitized by Google

fond de la cavité pelvienne par une ouverture froncée, ovalaire, située entre le rectum et l'utérus, au-dessous du point de réunion du col avec le corps de cet organe. Son diamètre transversal est de 3 centimètres 1/4 ; le diamètre antéro-postérieur de 2 centimètres.

Utérus. Longueur de tout l'organe, 13 centimètres.

Longueur de la cavité utérine, 11 centimètres 1/2.

C'est un peu moins que pendant la vie de la malade. Au reste, la totalité de la tumeur sous-vulvaire était un peu moins considérable par suite du retrait des parties.

Diamètre transversal au niveau des ligaments ronds, 5 centimètres.

Diamètre antéro-postérieur, 2 centimètres 1/2.

Diamètre transversal à l'union du col avec le corps, 2 centimètres.

La courbure de la face inférieure du museau de tanche se continue avec celle du vagin, sans relief.

Le tissu utérin est sain ; il a conservé toute sa densité.

Les ovaires sont enflammés, tuméfiés, ramollis, suppurés.

Les trompes sont saines et sont, avec les ovaires, situées dans l'excavation du bassin.

La fin de l'S iliaque et le commencement du rectum, qui remplissent la partie postérieure de cette excavation, adhèrent à l'extrémité externe de la trompe gauche. Sous cette trompe, dans l'épaisseur du ligament large, on trouve un kyste séreux, transparent, du volume et de la forme d'une petite noix.

Les ligaments ronds sont restés aussi lâches qu'à l'état normal; ils n'ont subi aucune distension. La portion inférieure du feuillet postérieur du ligament large est seule tiraillée et entraînée dans la cavité vagino-péritonéale. La vessie envoie dans la partie antérieure de la tumeur un prolongement de 5 centimètres 1/2. — Du sommet de ce prolongement au bord antérieur du col, il y a 2 centimètres 1/2. Le reste de la vessie est dans le bassin et placé, comme dans l'état sain, entre le pubis et le corps de l'utérus.

Le rectum, immédiatement au-dessus de l'anus, envoie, aux dépens de sa paroi antérieure, un prolongement en cul-de-sac qui a près de 4 centimètres d'étendue. L'ouverture de ce prolongement dans l'intestin est placée si près de l'anus que, si l'on n'y fait attention, le doigt passe par-dessus et ne s'aperçoit pas de son existence. — Le diamètre antéro-postérieur du périnée n'a que 2 centimètres.

OBSERVATION XV. — *Allongement hypertrophique considérable de l'utérus. — 24 centimètres de longueur. — Deux petits polypes cellulo-vasculaires dans la cavité du corps de l'organe qui flottait dans la cavité pelvi-abdominale.* (Dessin du docteur Chaussat, pl. V, fig. 9.)

En février 1847, je trouvai sur le cadavre d'une femme de la Salpêtrière, transporté aux amphithéâtres de Clamart, le col utérin saillant hors de la vulve, et le vagin en partie renversé.

Cette femme, d'un embonpoint très prononcé et d'une constitution robuste, pouvait avoir soixante-quinze à soixante-seize ans. Elle avait succombé à une double pleurésie avec épanchement séro-purulent.

L'abdomen étant ouvert, nous trouvâmes l'utérus flottant au milieu des intestins grêles et remontant jusqu'au niveau de l'angle sacro-vertébral, à 4 centimètres environ au-dessous de l'ombilic; partout il était libre d'adhérences. Il était souple, mou, et comme semi-fluctuant à la pression. Il était glissant et fuyait au-devant des doigts qui cherchaient à le saisir, sans cependant se déplacer très loin dans le même sens.

Digitized by Google

La direction du col était curviligne, à concavité antérieure. Le col et le corps ensemble forment un demi-cercle; les ligaments ronds, légèrement tendus, n'avaient pas permis au corps de la matrice de remonter plus haut. L'organe était spontanément disposé chez cette femme comme il le devient sur quelques malades où l'on réduit de force l'utérus allongé, lorsque l'on a remonté le col à sa situation habituelle.

Le cul-de-sac antérieur du péritoine est peu marqué, ce qui tient à la grande distension de la vessie, qui a un volume plus considérable que celui de la tête d'un enfant à terme. C'est probablement cette forte distension de la vessie qui a courbé l'utérus en avant et réduit, en se portant en haut et en arrière, la plus grande partie du col prolapsé. L'utérus, très long et très flexible, s'est en quelque sorte moulé sur les faces postérieure et inférieure du réservoir urinaire.

Le cul-de-sac postérieur est au contraire extrêmement profond; il est rempli par du liquide citrin et une partie des intestins grêles.

Les ligaments larges, leurs ailerons, les trompes, les ovaires, sont sains et sans aucune adhérence, à droite comme à gauche. Les ovaires ont un volume assez considérable pour une femme de cet âge : ils ont 2 centimètres de longueur sur 4 centimètres de hauteur.

Les organes sexuels, enlevés de dedans le bassin et étendus sur une table, nous ont offert les caractères suivants : l'utérus, de la lèvre antérieure du col au fond de l'organe, a 24 centimètres; l'organe, dans sa totalité, est presque cylindrique, mais un peu aplati d'avant en arrière. Il ne présente pas, comme d'habitude, un rétrécissement vers l'union du col avec le corps, de sorte qu'il est très difficile d'assigner une limite à ces deux parties.

Le diamètre transversal, dans toute la longueur de l'organe, présente 1 centimètre 1/2 environ de plus qu'à l'état normal.

La cavité utérine a 22 centimètres 1/2 de longueur.

Les diamètres antéro-postérieur et transversal sont aussi plus considérables, grâce à une atrophie des couches internes du tissu propre de l'utérus. — L'atrophie porte principalement sur les parties moyennes de l'utérus et un peu sur le fond. La portion vaginale a presque conservé son épaisseur; ce tissu est ramolli et très vasculaire.

La cavité du corps renferme deux petits polypes cellulo-vasculaires et muqueux adhérents par un pédicule à la face postérieure de la paroi antérieure de l'organe.

Le vagin, très large, ne présente de rides que vers son extrémité inférieure.

Trois petites brides cicatricielles et blanchâtres s'élèvent du cul-de-sac postérieur pour aller se perdre sur la lèvre postérieure de l'orifice du col.

Tous les autres viscères pelviens et abdominaux étaient parfaitement sains, ainsi que les os mêmes du bassin.

OBSERVATION XVI. — *Allongement hypertrophique considérable de la portion sus-vaginale du col; prolapsus de cette partie. — Chute et renversement complet du vagin. — Absence congénitale des annexes utérines gauches. — Division de la cavité utérine en deux parties latérales par une cloison. — Mort par péritonite.* (Dessin de M. Lackerbauer, pl. VI, fig. 1, 2.)

Vat... Mac..., âgée de soixante-cinq ans, ouvrière, entre le 3 février 1857 à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Clotilde, 390.

Réglée pour la première fois à seize ans, facilement et toujours bien jusqu'à l'âge de quarante-trois ans. Elle dit qu'elle fut atteinte d'attaques de nerfs dans sa jeunesse. Elle fut mariée

Digitized by Google

à vingt ans; elle eut d'abord dans un laps de temps très-peu considérable trois grossesses et accouchements heureux. La quatrième grossesse eut lieu à vingt-sept ans; elle fut pénible par suite de nombreuses contrariétés et d'un long voyage dans une voiture non suspendue. Accouchement à sept mois; l'enfant était mort depuis plusieurs jours. A la suite de cette couche, elle fut malade pendant sept mois; elle eut des douleurs dans le ventre et de la fièvre, qui la forcèrent de garder le lit. Après son rétablissement, elle eut des douleurs dans les reins à la moindre fatigue. A trente ans, cinquième grossesse. A deux mois environ de gestation, pendant que Vat... était occupée à couper du blé, elle sent que la matrice lui sort par la partie : la grosseur avait à peu près le volume de la moitié d'un œuf. Elle cesse son travail, se couche; tout rentre, et la grossesse continue son cours jusqu'à terme.

Dans les années suivantes, la matrice tombe de temps en temps. La malade eut encore quatre grossesses heureuses; seulement, après la dernière couche, qui eut lieu à quarante-deux ans, cette femme fut très malade; elle garda le lit pendant huit mois. Les principaux accidents qu'elle éprouva furent la perte de l'appétit, des vomissements, une constipation opiniâtre, des insomnies; les règles cessèrent alors.

Il y a quinze ans environ que la matrice est sortie; mais la tumeur était bien moins volumineuse qu'elle n'est aujourd'hui. La malade la soutenait avec un mouchoir.

Etat actuel. — Une tumeur du volume d'un très gros œuf de dinde, à peu près cylindrique, pend au-dessous de la vulve, entre les cuisses. Du méat urinaire à son sommet, elle a une longueur de 12 centimètres; du méat urinaire au bord antérieur de l'orifice du col de l'utérus, 10 centimètres. — La largeur, vers le milieu de la longueur, est de 8 centimètres 1/2.

L'ouverture du col, au lieu d'être sur la ligne médiane, est située et dirigée en avant et à droite (pl. VI, fig. 1); elle remonte un peu plus haut dans ce sens qu'à gauche. Plus bas, nous ferons connaître la disposition anatomique qui explique cette déviation de l'orifice du col à droite. — Cet orifice forme une fente semi-lunaire à concavité supérieure. — Cette fente a 1 centimètre 1/2 d'étendue transversalement et un 1/2 centimètre d'avant en arrière. Son bord antérieur est épais, arrondi, très distinct. Il n'en est pas de même du bord postérieur, qui se confond insensiblement avec le sommet de la tumeur qui descend plus bas que cet orifice. On observe sur ce sommet une large ulcération qui se prolonge en avant et sur le côté gauche de la tumeur. Cette ulcération, qui est presque régulièrement circulaire, a 5 centimètres de diamètre; elle est divisée en deux parties : l'une, droite et ovalaire, qui est polie, luisante, plus profonde, et d'un gris légèrement rosé; l'autre, gauche, plus élevée, granuleuse, aréolaire, en forme de demi-lune, dont la concavité embrasse la partie postérieure gauche de la précédente. L'épiderme seul paraît détruit sur cette seconde moitié de l'ulcération, qui est d'un rouge vif. — Cet ulcère existe depuis quatre mois et est le siége de douleurs vives lorsque la malade urine, marche ou fait des efforts.

Le vagin est complétement renversé dans toute sa longueur. En avant, on voit l'extrémité inférieure de ce conduit, devenue supérieure, se confondre insensiblement avec les plis transversaux du tubercule vaginal antérieur immédiatement au-dessous du méat urinaire. — Sur les côtés, les parois du vagin se confondent avec la base de la face interne des nymphes. — En arrière, la paroi postérieure du conduit n'est séparée du bord antérieur du périnée que par une rainure semi-circulaire qui a tout au plus un 1/2 centimètre de profondeur.

Dans l'épaisseur de la partie antérieure de la tumeur, la vessie envoie un prolongement qui a 8 centimètres d'étendue et dont le fond est à 2 centimètres de l'orifice du col utérin.

L'urèthre, après s'être dirigé presque horizontalement en arrière dans une étendue d'un centimètre, se porte tout de suite presque directement en bas.

Digitized by Google

La partie inférieure de la paroi antérieure du rectum envoie dans l'épaisseur de la partie postérieure de la tumeur un prolongement de 5 centimètres d'étendue. Rien n'est plus facile à reconnaître que ce prolongement par l'introduction du doigt dans le rectum.

Le périnée, quoique refoulé en arrière par la tumeur, conserve encore un diamètre antéro-postérieur de 2 centimètres 1/2.

Le cathétérisme rencontre quelques difficultés; l'hystéromètre ne pénètre d'abord qu'à 7 centimètres, bien qu'il y ait encore une portion considérable de l'utérus au-dessus de lui. Après l'avoir légèrement retiré, puis porté l'extrémité de l'instrument dans diverses directions, il pénètre à une profondeur de 12 centimètres 1/2.

M. Verneuil est présent à cet examen et constate avec nous l'allongement hypertrophique de l'organe, ainsi que la présence du corps de l'utérus dans le bassin, à la hauteur à peu près normale.

La malade porte de plus une hernie inguinale gauche; elle s'est formée il y a douze ans en faisant un effort.

Les troubles fonctionnels sont : des douleurs lombaires et inguinales pendant la marche, des tiraillements à l'épigastre, une constipation habituelle et de grandes difficultés dans l'évacuation des matières alvines; — fréquents besoins d'uriner, douleurs dans la miction; — céphalalgie frontale très fréquente.

Prescription. — Un bain; réduction de la tumeur (cette réduction est facile); injections émollientes. — Deux portions d'aliments.

Le 7 février au matin, douleurs dans le bas-ventre, fièvre légère. — Lavement avec amidon et laudanum; cataplasmes laudanisés sur le ventre.

Le soir, ces symptômes ont pris plus d'intensité; douleurs abdominales assez intenses, augmentées par la palpation; quelques vomissements jaunâtres; langue sale; fièvre, pouls petit, fréquent et serré. — Vingt-cinq sangsues sur l'abdomen, qui est cependant peu tendu et assez souple.

Le 8, continuation des accidents; ventre plus développé que la veille, mais moins douloureux; — vomissements moins fréquents; — fièvre moins forte. — Cataplasmes laudanisés sur le ventre et sinapismes aux cuisses. — Pour tisane, limonade.

Le 9, même état; même traitement, plus deux verres d'eau de Sedlitz : trois évacuations.

Le 10, ventre un peu plus douloureux, face grippée. — Vingt sangsues sur l'abdomen.

Le 11, langue blanche, commençant à se sécher; ventre tendu et très douloureux au toucher; face grippée et pâle; yeux excavés; pouls à 90; la tumeur, qui pend entre les cuisses, a beaucoup augmenté de volume par suite de l'infiltration du tissu cellulaire sous-muqueux. Elle est d'un rouge assez intense. — Onctions avec l'onguent napolitain; grand cataplasme sur le ventre; cataplasmes sinapisés aux jambes. — Le soir, les vomissements recommencent; pouls très petit et fréquent; respiration gênée; ventre très tendu.

Le 12, mort à dix heures du matin.

Autopsie. — Péritonite presque générale, mais principalement manifestée dans le petit bassin, où s'est accumulé un verre de pus environ, et où des adhérences se sont établies entre les différents viscères par des fausses membranes purulentes.

Le tissu de l'utérus est sain et d'un gris légèrement bleuâtre. L'ensemble de l'utérus est considérablement allongé; sa longueur totale, mesurée de la lèvre postérieure du col au fond de l'organe, à l'extérieur, est de 15 centimètres 1/2. — Le corps, au niveau de l'insertion des trompes, a 5 centimètres de largeur; l'épaisseur est de 2 centimètres 2 millimètres. Le corps de la matrice n'est pas exactement sur la ligne médiane; il est un peu transporté à droite, bien

Digitized by Google

que légèrement incliné ou penché à gauche ; son bord supérieur, au lieu d'être horizontal, est légèrement incliné à gauche.

Les bords latéraux n'ont pas la même disposition. Le bord latéral droit offre la forme normale et donne insertion à la trompe, au ligament large, au ligament de l'ovaire et au ligament rond, qui est un peu hypertrophié. L'ovaire correspondant a 4 centimètres de longueur et 1 centimètre 1/2 de hauteur.

Le bord latéral gauche, qui est un peu incliné en bas, vers le côté gauche de la marge du bassin, ne présente ni renflement, ni échancrure ; il est presque droit de haut en bas, et régulièrement arrondi d'avant en arrière. En haut, il se continue en pente douce avec l'extrémité gauche du bord supérieur de l'organe ; il ne présente aucune interruption ou inégalité pour le passage et l'insertion des ligaments et de la trompe. Dans toute son étendue, il est lisse, poli, luisant, recouvert par le péritoine, qui de la face antérieure de l'utérus passe sur la face postérieure de cet organe en tapissant ce bord.

La trompe, le ligament de l'ovaire et l'ovaire lui-même, les ligaments large et rond manquent entièrement de ce côté ; rien n'annonce qu'ils aient jamais existé : on n'en trouve aucun vestige.

L'extrémité inférieure de l'utérus, ou la portion sous-vaginale, est plus large qu'à l'état normal ; elle offre 4 centimètres d'étendue aussi bien transversalement que d'avant en arrière.

Le fond de la matrice est placé dans le bassin à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la symphyse du pubis.

La vessie est considérablement agrandie ; elle est divisée en deux parties : une plus petite et inférieure, qui accompagne la portion prolapsée de l'utérus ; l'autre, beaucoup plus étendue, qui est restée dans le bassin, derrière le pubis.

Le cul-de-sac antérieur du péritoine (utéro-vésical) a 8 centimètres d'étendue.

Le cul-de-sac postérieur (utéro-rectal) est très profond ; il a 16 centimètres 1/2 d'étendue. Comme les ligaments n'existent pas à gauche, il se porte dans ce sens et tapisse tout le côté gauche de l'utérus et du vagin, en descendant jusqu'au sommet de la tumeur extra-vulvaire, sous l'ulcération. L'extrémité supérieure du feuillet postérieur de ce cul-de-sac forme en arrière une large bride qui descend verticalement dans la cavité du vagin renversé. Cette bride entraîne vers la base de cette cavité la partie supérieure du rectum en courbant fortement cet intestin de haut en bas et d'arrière en avant, de sorte que l'ouverture de cette cavité péritonéo-vaginale est remplie d'avant en arrière par la vessie, l'utérus et le rectum, fléchi en arc de cercle.

Après avoir fendu l'utérus sur son bord droit dans presque toute sa longueur, nous vîmes que sa cavité était divisée en deux parties par une cloison verticale très mince et transparente, qui se porte de la paroi antérieure à la paroi postérieure. Cette cloison commence dans le col de l'utérus, à 2 centimètres au-dessus de l'orifice vaginal du col, et se termine, après un trajet de 6 centimètres, sur le bord gauche de la cavité, à 5 centimètres 1/2 environ au-dessous du fond de l'organe.

Cette cloison, qui a à peine un 1/2 millimètre d'épaisseur, est formée par une plicature de la membrane muqueuse. On y trouve çà et là quelques fibres musculaires. Elle présente, vers le milieu de sa hauteur, une petite ouverture ovalaire qui fait communiquer entre elles les deux cavités. En définitive, elle divise la cavité utérine en deux sous-cavités : une droite, très large et très longue, qui occupe presque la totalité de l'organe ; — l'autre gauche, très étroite et très courte. C'est dans cette dernière que l'hystéromètre avait d'abord pénétré.

Lorsqu'on sonde l'utérus sur ce sujet, si l'on introduit l'instrument en portant sa concavité

Digitized by Google

et son extrémité du côté gauche, ou en avant et à gauche, on arrive tout de suite dans la petite cavité et l'on pénètre à une profondeur de 7 centimètres 1/2 seulement. Si, au contraire, on dirige les mêmes parties de l'instrument à droite, on pénètre d'emblée et sans aucun obstacle dans la grande cavité à une profondeur de 14 centimètres passés.

Il me paraît évident que la petite cavité répond à la corne gauche de l'utérus, arrêtée dans son évolution par suite de l'absence congénitale de l'ovaire gauche.

C'est aussi à l'absence du ligament large et du ligament utéro-lombaire gauche qu'il faut attribuer la plus grande saillie que formait hors de la vulve le côté gauche du vagin et la déviation de l'orifice du col de l'utérus à droite. Je ne parle pas de l'absence du ligament rond gauche comme ayant favorisé la descente de l'utérus et du vagin dans ce sens, car j'ai constaté maintes fois que les ligaments ronds n'apportent jamais obstacle à la descente de la matrice, et que sur ce sujet le ligament rond du côté droit n'était nullement tendu.

La malade offrait encore d'autres vices de conformation du côté gauche; ainsi, la capsule surrénale de ce côté manquait, et le rein correspondant, au lieu d'être placé sur le côté de la colonne dorso-lombaire, occupait la partie supérieure de l'excavation pelvienne au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche. Il a une forme singulière; il est bilobé et aplati en sens inverse de l'aplatissement ordinaire. Le hile occupe le milieu de la face postérieure : de là part l'uretère, qui est placé un peu en avant. Son artère naît de l'aorte, immédiatement au-dessus de la bifurcation. — Le rein et la capsule surrénale du côté droit sont à l'état normal.

Bien que cette femme n'ait jamais eu qu'un seul ovaire, elle a procréé neuf enfants de sexes différents. Les règles ont commencé assez tard et fini de bonne heure.

OBSERVATION XVII. — *Allongement hypertrophique. — Chute du col de l'utérus. — Renversement du vagin simulant une chute complète de l'organe. — Réduction. — Contention avec un pessaire ovalaire.* (Dessin de M. Lackerbauer, pl. VIII, fig. 2.)

Le 8 juin 1847, entra à l'hôpital de Lourcine, salle Sainte-Marie, n° 57, la nommée Fres... Ann... Jos..., âgée de cinquante-huit ans, blanchisseuse. — Cette femme, quoique d'un tempérament lymphatique, est d'une forte constitution, et a toujours joui d'une bonne santé. Elle ignore l'époque de la première apparition de ses règles. Mariée à vingt ans, elle eut successivement six enfants dans l'espace de quinze ans. Tous ses accouchements furent heureux. Elle prétend que c'est seulement depuis un an qu'elle est atteinte de l'affection qui nous occupe.

D'après la malade, la chute de la matrice serait survenue tout à coup après avoir soutenu, les bras élevés, un paquet de linge très pesant. Elle ressentit à l'instant même de vives douleurs dans les reins et les aines.

État actuel. — On constate que le col de l'utérus et le vagin complétement renversé forment au-dessous de la vulve une tumeur régulièrement ovalaire, d'une teinte rosée, lisse, polie, sans plicature, d'une consistance souple et douce à la circonférence, ferme et résistante au centre. Son extrémité inférieure est formée par le museau de tanche dont les lèvres sont effacées. L'orifice du col qui forme une fente transversale a 1 centimètre d'étendue. Toute cette partie du col a conservé ses dimensions normales. La palpation fait reconnaître qu'elle se continue avec la portion centrale, résistante et cylindrique de la tumeur.

Le vagin est complétement renversé. Si, au premier abord, la paroi postérieure paraît l'être moins que la paroi antérieure, cela tient à la position horizontale de la malade. Il suffit pour s'en convaincre de relever la tumeur vers le pubis, et l'on voit que la partie postérieure du pédicule n'est séparée du bord antérieur du périnée et de la fourchette que par un sillon demi-

Digitized by Google

circulaire qui a au plus sur la ligne médiane, c'est-à-dire à sa partie la plus profonde, 1 centimètre et demi, juste la hauteur de la commissure postérieure de la vulve unie au bord antérieur du périnée.

Les parois vaginales sont un peu épaissies et indurées, surtout en arrière où elles sont souvent en contact avec les matières fécales qui les irritent.

La partie antérieure et supérieure de la tumeur contient un prolongement de la vessie qui a 5 centimètres et demi d'étendue. Pour y pénétrer facilement, après avoir porté un peu la sonde en arrière, il faut la diriger directement en bas. Une fois introduite et abandonnée à elle-même, elle reste dans cette direction, soulève, comme on peut le voir dans le dessin, la paroi antérieure du vagin.

Cette tumeur, du méat urinaire au bord postérieur de l'ouverture du col, a 10 centimètres de longueur ; sa largeur, à l'union de son tiers moyen avec son tiers supérieur, est de 5 centimètres et demi.

L'hystéromètre introduit dans la cavité utérine pénètre à 11 centimètres, ce qui, avec 1 centimètre au moins pour l'épaisseur de la paroi utérine, donne un organe qui dans son ensemble a 12 centimètres de longueur.

Le doigt introduit dans le rectum sent le fond de l'utérus, et l'extrémité de la tige de l'hystéromètre derrière la symphyse du pubis, à peu près vers le milieu de la hauteur de cette articulation. Le rectum n'envoie pas de prolongement dans la tumeur.

Depuis cinq mois, la tumeur ne rentre plus. Les menstrues continuent à être régulières. Les douleurs vives, que dans le principe la malade a eues dans les reins et dans les aines, ont peu à peu disparu ; elles sont remplacées par un sentiment habituel de poids, de gêne et d'embarras dans certains mouvements. Assez souvent, surtout après la miction et la défécation, la tumeur est le siége de démangeaisons, de cuissons et de chaleur désagréable qui se passent après un quart d'heure ou vingt minutes.

Un bain. Décubitus, le bassin élevé sur un coussin.

Trois portions d'aliments.

Le 9, je réduis la tumeur. Cette réduction se fait facilement et sans aucune douleur, pourvu que je ne cherche pas à remonter le col de l'utérus plus haut qu'à 3 centimètres au-dessus de l'ouverture vulvaire. Si l'on veut remonter l'organe à sa position normale, la malade se plaint d'éprouver un sentiment de tiraillement, de la douleur dans les aines et vers la base du sacrum. Je n'insiste pas pour obtenir une réduction plus complète, et je maintiens le col de l'utérus et cet organe à 3 centimètres au-dessus de l'ouverture de la vulve, à l'aide d'un pessaire plat, peu épais et ovalaire, dont les extrémités prennent leur point d'appui sur les parties latérales du vagin et du plancher de l'excavation pelvienne.

Ce pessaire maintint parfaitement l'utérus et fut supporté sans gêner les fonctions vésico-rectales. La malade garda le lit pendant trois jours. Au bout de ce temps, comme elle se trouvait bien, elle demanda sa sortie qui lui fut accordée le 15 juin, après nous être assuré que la position verticale et la marche ne déterminaient ni le déplacement ni la chute du pessaire.

OBSERVATION XVIII. — *Cystocèle considérable. — Renversement complet du vagin. — Allongement hypertrophique et chute du col de l'utérus simulant une précipitation de la matrice. — Ulcération du museau de tanche.* (Dessin de M. Lackerbauer, pl. VIII, fig. 1.)

Le 4 avril 1853 entra à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Clotilde, n° 382, la nommée Mor.... Marg..., Col...., âgée de trente-six ans, exerçant la profession de nourrisseur. Cette femme,

Digitized by Google

qui est d'une forte constitution, fut réglée pour la première fois à quinze ans. Les menstrues ont toujours été et sont encore régulières; elles durent de quatre à cinq jours. Elle n'a jamais été malade au point de garder le lit.

Mariée à vingt et un ans, elle eut en peu de temps, dans l'espace de six ans, trois enfants. Ses accouchements furent heureux. Après son deuxième accouchement, elle se leva le cinquième jour de ses couches, s'occupa du ménage, et reprit ses travaux dès le septième ou huitième jour.

Peu de temps après, elle s'aperçut, lorsqu'elle était debout, que quelque chose de gros et de mou venait se montrer à la partie antérieure de la vulve; que cette grosseur augmentait lorsqu'elle faisait des efforts, mais surtout lorsqu'elle n'avait pas uriné depuis longtemps. Du reste, elle n'en souffrait pas.

Après son dernier accouchement qui eut lieu il y a trois ans, la tumeur devint en très peu de temps beaucoup plus volumineuse. Un jour que la malade faisait un effort pour soulever une botte d'herbe, elle éprouva un tiraillement dans les reins; elle sentit sa tumeur augmenter; elle y porta la main, et reconnut qu'elle contenait quelque chose de dur percé d'un trou, et que jusqu'à ce moment elle n'avait jamais senti dans sa tumeur.

Cinq mois après, une plaie s'étant développée autour du trou (ce sont ses expressions), elle en fut effrayée, et suivant le conseil d'une de ses amies, elle se décida à entrer à l'hôpital.

État actuel. — Vagin complétement renversé, d'une teinte rosée, n'offrant plus aucun pli, si ce n'est en avant et tout à fait en haut, dans un petit espace triangulaire situé au-dessous du vestibule et du méat urinaire; ce sont les plis du tubercule antérieur du vagin. Le méat urinaire est enfoncé, non visible; pour le découvrir, il faut déprimer en bas et en arrière les plis susmentionnés.

La tumeur est presque entièrement sphérique; son diamètre vertical, mesuré du méat urinaire au bord antérieur de l'orifice du col, est de 10 centimètres; le diamètre transversal est de 9 centimètres 8 millimètres. Une sonde, portée presque directement de haut en bas dans la vessie, montre que cet organe descend non loin du sommet de la tumeur; le bout de la sonde s'arrête à 1 centimètre et demi du bord antérieur du col.

La sonde étant inclinée à droite ou à gauche, son extrémité flotte facilement dans la cavité vésicale, et vient soulever les parties les plus excentriques des faces latérales de la tumeur dont l'étendue considérable, dans le sens transversal, dépend de la portion de vessie herniée. L'œil, au reste, distingue facilement sur cette tumeur ce qui appartient à la vessie.

Le col de l'utérus, qui est situé au sommet de la tumeur, est engorgé; son orifice se présente sous la forme d'une fente transversale qui a 3 centimètres et demi d'étendue. Tout le pourtour de cet orifice est entouré d'une ulcération superficielle à bords rosés et peu élevés. Cette ulcération, qui présente un cercle ovalaire, a partout 1 centimètre à 1 centimètre et demi de large; elle est d'un jaune grisâtre vers sa circonférence, rouge et granulée à son centre qui se continue un peu dans la cavité du col; elle fournit du muco-pus quelquefois mêlé de sang.

L'hystéromètre pénètre dans la cavité utérine à 12 centimètres.

Par le toucher rectal, on sent le fond de la matrice et l'extrémité de l'hystéromètre à 2 centimètres et demi au-dessus du détroit inférieur du bassin, vers l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de la symphyse pubienne. Quel que soit le soin avec lequel on palpe la tumeur, on ne peut sentir le corps de l'utérus, mais seulement une substance ferme, cylindrique, traversée par l'hystéromètre, et qui se continue avec lui jusque dans le bassin.

La tumeur n'est pas rentrée depuis deux mois. La malade ne se plaint que de légères douleurs dans les reins, dans les aines, d'une gêne mécanique et de fréquents besoins d'uriner. Quelquefois même, si surtout elle a attendu longtemps avant de satisfaire ce besoin, elle

Digitized by Google

éprouve de la difficulté à uriner, et est obligée, pour accomplir la miction, de comprimer la tumeur, et de la repousser en haut et en arrière. Lorsqu'elle urine par la simple contraction de la vessie, sans presser ni déplacer la tumeur, le jet de l'urine est lancé presque perpendiculairement en haut, au point que l'abdomen est tout mouillé. La défécation s'opère facilement. Aucun traitement n'a encore été employé.

Prescription. — Bains de siége. Pansement simple maintenu avec un bandage en T double. Repos au lit.

La position horizontale, le repos, la compression douce exercée sur la tumeur par le pansement, les soins de propreté, firent promptement diminuer le volume de la tumeur, l'étendue de l'ulcération, ainsi que tous les malaises.

Dans la nuit du 10 au 11 avril, la tumeur rentra spontanément.

Le 15, à l'examen au spéculum, je trouve l'ulcération cicatrisée.

Le 17, la malade ne souffrant plus et étant complétement rassurée sur le danger de son affection, demande sa sortie sans vouloir qu'on lui applique un pessaire pour maintenir sa tumeur réduite. Elle sort le 18.

OBSERVATION XIX. — *Allongement hypertrophique très étendu de l'utérus. — Renversement complet du vagin. — Cystocèle. — Rectocèle considérable ; le tout simulant une chute complète de la matrice. — Kystes folliculaires de l'orifice du col. — Hypertrophie folliculaire. — Folliculite vaginale. — Vastes ulcérations sur la tumeur. — Mort par péritonite.* (Dessin de Lakerbauër, pl. VII.)

Le 8 avril 1850 entra à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Clotilde, la nommée Wnib. José, âgée de quarante-neuf ans, blanchisseuse, demeurant à Billancourt. Cette femme, qui est d'une très forte constitution et d'un embonpoint considérable, fut réglée pour la première fois à treize ans. Déjà elle exerçait la profession très pénible de blanchisseuse. Les menstrues furent toujours régulières et très abondantes, même avant l'existence de sa maladie. Mariée pour la première fois à vingt ans, elle n'eut presque pas de rapports sexuels avec son mari qui était un ancien militaire épuisé d'infirmités. Veuve à vingt-trois ans, mariée en secondes noces, à l'âge de vingt-cinq ans, à un nommé Olivier (Henry), homme jeune et vigoureux. Six mois après, elle devint enceinte ; la grossesse fut heureuse ; il n'en fut pas de même de l'accouchement qui ne se termina qu'après quarante-huit heures de souffrances. La fourchette fut largement déchirée. L'enfant était vivant et très gros ; c'est aujourd'hui un homme très grand et très fort. Les suites de couches furent heureuses ; les bords de la solution de continuité se cicatrisèrent isolément. Malgré cette déchirure et les souffrances qu'elle avait éprouvées, cette femme se leva le sixième jour pour vaquer aux soins de sa maison. Le dixième jour, elle reprit l'exercice de sa profession. Le soir même, elle éprouva une fatigue inaccoutumée dans le bas-ventre, de la chaleur dans les reins, un besoin plus fréquent d'uriner, de la pesanteur sur l'anus. Elle eut ensuite deux autres enfants ; les accouchements furent plus prompts et moins douloureux ; les suites en furent heureuses, bien que la malade se fût levée le cinquième jour. Elle avait une maison à diriger qui réclamait d'autant plus sa présence que son mari était brutal et presque toujours ivre. Après le troisième accouchement, les incommodités et les malaises qu'elle avait éprouvés à la suite de la première parturition devinrent plus intenses ; mais il se passa plus de trois mois avant qu'elle vît rien paraître à la partie.

Un jour qu'elle faisait un effort pour aller à la selle (elle était habituellement constipée), elle sentit deux espèces de tumeurs qui se présentaient à la partie : une en avant, dure, mobile,

Digitized by Google

offrant à son sommet une dépression, une espèce de trou; en pesant dessus, elle remontait facilement. L'autre en arrière, plus fixe, plus large et plus dépressible; il lui semble qu'en pesant dessus, elle facilitait l'évacuation des matières fécales et que la tumeur diminuait. Plusieurs fois, elle exécuta les mêmes manœuvres, et les choses se passèrent de même.

De jour en jour, la tumeur la plus dure, la mieux limitée et qui était en avant, descendit plus que l'autre qui devint moins nette, moins appréciable et parut se confondre avec la première. A cette époque aussi l'évacuation de l'urine devint beaucoup plus fréquente et moins facile. Enfin, en cinq ans, la tumeur acquit à peu près les dimensions qu'elle présente aujourd'hui. Elle est ulcérée depuis près de deux ans.

Elle ne souffre pas habituellement; elle n'a éprouvé de véritables souffrances que lorsqu'elle faisait rentrer la tumeur. Sitôt que celle-ci ressortait, toutes les douleurs cessaient. Elle ne put supporter deux pessaires, l'un en gimblette, l'autre en bilboquet, que sa sage-femme lui avait placés pour maintenir la tumeur. Elle attribue même la plus grande partie de son mal et les ulcérations qui existent à l'emploi de cet instrument. La réduction seule de la tumeur et sa contention au niveau de l'ouverture vulvaire avec un simple chauffoir lui étaient pénibles. Aussi depuis plus de trois ans n'a-t-elle plus cherché à la faire rentrer, et la malade ne serait pas entrée à l'hôpital sans les vastes ulcérations qui sont survenues, ulcérations qui suppurent beaucoup et exhalent une odeur parfois très désagréable.

État actuel. — La tumeur, qui a une forme ovalaire et un peu prismatique, présente un volume considérable. Son diamètre vertical est de 20 centimètres; le transversal est de 11 centimètres; d'avant en arrière, l'étendue est un peu plus grande: elle a 12 centimètres et demi. La circonférence est de 34 centimètres.

Le vagin est complétement renversé. La paroi postérieure est même tombée et renversée dans une plus grande longueur que la paroi antérieure; car après avoir formé le sommet de la tumeur, elle se recourbe de bas en haut et d'arrière en avant, pour venir faire partie de la face antérieure de la masse dans une étendue de 3 centimètres et demi; de sorte que le col de l'utérus et son ouverture, au lieu d'être placés au sommet du prolapsus, se trouvent placés sur la face antérieure, à l'union de son quart inférieur avec ses trois quarts supérieurs.

A la partie antérieure et supérieure, immédiatement au-dessous des plis transversaux du tubercule uréthral (fig. 1), à 3 centimètres des limites antérieures du col, on voit et l'on sent une saillie arrondie qui se dessine au-dessous de la paroi vaginale qui est soulevée et luisante dans ce point (fig. 1 B). Cette saillie sphérique est fluctuante et formée par une grande portion de la vessie. Une sonde y étant introduite, un grand verre d'urine s'écoule et la saillie s'affaisse.

Toute la surface de la tumeur, à l'exception des parties couvertes par les ulcérations, est d'un rouge violet.

Les deux tiers inférieurs de la face postérieure sont envahis par deux vastes ulcérations irrégulières. La plus inférieure, qui occupe toute la largeur de la tumeur, s'étend sur les faces latérales pour venir en avant se continuer avec une troisième ulcération qui fait tout le tour de la base du col utérin.

Les bords de ces ulcères sont élevés, rouges, sensibles au toucher et douloureux à la pression. Leur surface est d'un gris jaunâtre moucheté d'une infinité de points rouges, saillants, et saignant facilement. Lorsque l'on regarde avec attention ou à la loupe les parties de l'ulcère qui entourent le col, on y voit un grand nombre de petits pertuis qui ne sont autre chose que orifices des follicules muqueux; par beaucoup d'entre eux, on voit sortir ou perler des gouttelettes de mucus clair, transparent, ou de muco-pus, suivant que ces follicules sont simplement irrités ou enflammés.

Digitized by Google

Une quatrième et petite ulcération, en voie de développement, existe à la partie antérieure droite de la tumeur.

La portion sous-vaginale du col est engorgée et le siége d'une hypertrophie excentrique. Son ouverture, qui se présente sous la forme d'une fente transversale et fissurée, a 3 centimètres d'étendue. Les bords offrent une série de follicules dilatés par le produit de leur sécrétion et devenus kystiques. A la commissure droite, une petite tumeur d'un rouge violacé; elle a le volume d'une petite bille; elle est ferme et résistante comme un corps fibreux (fig. 1, D).

Lorsque l'on palpe avec soin cette énorme tumeur, on reconnaît qu'elle renferme :

1° En avant et en haut, une portion considérable de la vessie;

2° En arrière et en haut, un prolongement de la paroi antérieure du rectum, long de 5 à 6 centimètres et renfermant des matières fécales, que j'eusse pu prendre pour le corps de l'utérus, si je n'eusse pas été prévenu par des faits antérieurs de la possibilité de leur existence, qui fut constatée par le toucher rectal. Ce prolongement soulève la paroi postérieure du vagin et lui fait faire en arrière une saillie comparable à celle que la vessie produit en avant;

3° Au centre, dans toute la longueur, à partir du museau de tanche, un corps cylindrique résistant, ni fluctuant, ni pâteux, qui remonte dans la cavité pelvienne. Ce corps est formé par la portion sus-vaginale du col allongée et hypertrophiée. L'hystéromètre introduit par l'ouverture du col, le parcourt dans toute sa longueur et pénètre à une profondeur de 18 centimètres. A l'aide du toucher rectal, on sent le corps et le fond de l'utérus, ainsi que l'extrémité de l'instrument, à 3 centimètres 1/2 au-dessus de l'ouverture vulvaire. Ainsi, malgré le volume considérable de ce prolapsus, dont la longueur était de plus de 20 centimètres, il n'y avait qu'une chute incomplète de l'utérus, l'excédant de 18 centimètres que présentait la tumeur étant produit par la paroi postérieure du vagin, qui descendait plus bas que le col.

Le diamètre antéro-postérieur du périnée a tout au plus 1 centimètre 1/2 d'étendue.

Les troubles des fonctions dévolues aux organes déplacés n'étaient pas en rapport avec l'étendue du déplacement. Ainsi, à part une menstruation et une sécrétion utérine trop abondantes, les fonctions de la matrice étaient peu troublées, et cet organe n'occasionnait que très peu de réaction morbide. Les fonctions les plus troublées étaient celles de la vessie et du rectum: la malade était obligée de prendre tous les jours un lavement pour aller à la selle, et souvent il lui arrivait de ne pouvoir uriner sans presser de la main la tumeur, qui n'était devenue douloureuse que depuis le moment où des ulcérations s'y étaient développées.

Cette tumeur est l'occasion d'une grande gêne physique, surtout en raison de l'embonpoint considérable de la malade, qui fait que lorsqu'elle est debout les deux cuisses ne laissent entre elles aucun intervalle; elles refoulent la tumeur en bas et en arrière : d'où des tiraillements plus ou moins pénibles et des frottements désagréables ou douloureux contre les vêtements. Lorsqu'elle est assise, elle ne peut se poser que sur l'extrémité des fesses, ou bien, si, comme tout le monde, elle s'asseoit sur les ischions, elle est obligée de saisir la tumeur, de la ramener en avant et de la placer entre les cuisses fortement écartées. Au lit, elle ne peut se placer que sur l'un des côtés, les cuisses fortement fléchies; autrement, la tumeur est pressée et douloureusement comprimée par le poids de ces parties. C'est à cause de ces pressions exercées sur les parties latérales et antérieures de la tumeur que celle-ci est plus large en arrière qu'en avant, et qu'elle devient prismatique, surtout après que la malade a uriné.

Traitement. — Nous essayons de réduire le prolapsus; mais la malade, s'apercevant tout aussitôt de notre intention, nous prie de ne pas la mettre à exécution, nous assurant de nouveau que chaque fois qu'on avait fait rentrer sa tumeur, elle souffrait beaucoup plus que quand elle était dehors. Probablement que l'embonpoint excessif de la malade et la longueur consi-

Digitized by Google

dérable de l'utérus, qui nécessitait ou qu'on le reportât jusque dans la cavité abdominale, ou qu'on le fléchît sous lui-même, en distendant ses ligaments, étaient la cause des douleurs qu'elle éprouvait lorsqu'on voulait obtenir une réduction complète. Nous n'insistâmes pas. Un bain lui fut ordonné, un pansement simple fut posé sur les ulcères, et la malade mise au repos absolu et à un régime alimentaire très léger; deux portions d'aliments seulement furent données.

Le 12 avril, toutes les petites tumeurs kystiques qui bordaient l'orifice du col furent ouvertes avec une lancette : il s'en écoula un mucus épais et d'un blanc jaunâtre. La petite tumeur de la commissure droite fut incisée; elle était pleine et formée par une substance d'un blanc grisâtre, renfermant çà et là quelques vaisseaux. Elle se laissa énucléer avec assez de facilité. Bien qu'elle ressemblât à une petite tumeur fibreuse, sa composition anatomique et microscopique était glandulaire, c'est-à-dire qu'elle renfermait des cellules épithéliales nucléaires, des culs-de-sac glandulaires et des fibres fusiformes.

Nous ne pûmes décider la malade à se laisser opérer.

Le 20 mai, les ulcérations étant complétement cicatrisées et la tumeur ayant considérablement diminué de volume, la malade demanda sa sortie, qui lui fut accordée le 23.

J'ai su depuis, du docteur Bourdin, que, rentrée dans son établissement, cette femme reprit ses travaux avec plus d'activité que jamais, et qu'elle fut atteinte d'une péritonite à laquelle elle succomba en trois jours.

CHAPITRE III.

CARACTÈRES ET SIGNES PHYSIOLOGICO-PATHOLOGIQUES OU TROUBLES FONCTIONNELS QUI ACCOMPAGNENT L'ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE DE LA PORTION SUS-VAGINALE DU COL ET LA CHUTE DE L'UTÉRUS.

Si les caractères physiques de ces affections n'avaient pas encore été bien saisis et décrits dans leur ensemble ni leurs connexions, à plus forte raison les phénomènes vitaux qui en dépendent, et les troubles fonctionnels qui les accompagnent ont-ils dû, en raison de leur variété, de leur multiplicité et de leur retentissement plus ou moins éloigné, échapper, en partie, à une observation superficielle et passagère. En effet, parmi les phénomènes physiologico-pathologiques, les uns sont purement rationnels et sympathiques, sont quelquefois si légers, au moins en apparence, et se passent dans des endroits si éloignés du siége du mal, que leurs rapports avec lui, non-seulement ne sont pas entrevus par les malades qui ne croient pas devoir les mentionner, mais encore passent inaperçus sous les yeux du médecin, s'il n'a eu fréquemment l'occasion d'arrêter son esprit sur ces lésions, et l'on serait tenté de croire que l'altération de la santé est due à toute autre cause, si la simple réduction et la contention de la tumeur ne faisaient disparaître les troubles fonctionnels qui menacent l'économie. Les autres, au contraire, sont tellement sensibles pour la malade, comme

Digitized by Google

pour le pathologiste, qu'ils sautent pour ainsi dire aux yeux de l'observateur le plus ordinaire, et que l'on serait presque porté à les ranger parmi les signes physiques ou objectifs de la maladie.

Pour n'en omettre aucun et les étudier dans un ordre vraiment physiologico-pathologique, nous les examinerons :

1° Dans l'utérus lui-même et le vagin ;

2° Dans les organes qui ont des rapports immédiats avec eux ;

3° Dans les organes éloignés.

§ I. — Lorsque la maladie se développe après les règles ou chez une femme âgée, à cette époque de la vie où les fonctions génésiques de l'utérus sont entièrement terminées, où cet organe n'exerce plus de réaction générale sur l'économie, et n'est plus que le siége d'actes nutritifs dont l'activité va sans cesse en diminuant, il arrive assez souvent que les fonctions utérines ne soient pas essentiellement troublées par les affections qui nous occupent. Si ce n'était la gêne toute mécanique que cause la tumeur et la répugnance qu'elle inspire par l'altération des formes et les ulcérations qui fréquemment s'y manifestent, les malades ne réclameraient pas les secours de l'art. Il en est encore quelquefois de même chez certaines femmes, bien qu'elles soient encore réglées, si surtout elles peuvent, par leur position sociale, éviter de se livrer à des travaux pénibles, ou si elles peuvent se livrer au repos qu'exige cette affection. Chez d'autres malades enfin, les fonctions utérines, après avoir été troublées pendant longtemps, cessent de l'être à la ménopause.

Mais, à part ces exceptions, qui au reste s'expliquent assez facilement, les fonctions utéro-vaginales sont troublées ou même profondément altérées.

L'utérus est le siége d'une chaleur et d'une sensibilité anormales. La sensibilité peut être accrue au point de s'élever jusqu'à la douleur qui peut être continue, mais qui, le plus souvent, n'existe que par intervalles, lorsque les malades sont debout, font des efforts ou exécutent quelques grands mouvements qui percutent, ébranlent ou déplacent l'organe. Il est presque constamment le siége d'une hypersécrétion muqueuse simple ou muco-purulente, d'autres fois séro-sanguinolente ou d'une véritable sécrétion purulente.

Digitized by Google

La menstruation est le plus ordinairement dérangée, quelquefois elle est supprimée pendant un temps plus ou moins long et à différentes reprises. Mais, le plus habituellement, les règles sont plus abondantes et durent plus longtemps, huit, neuf, dix et douze jours; chez quelques femmes, elles se prolongent jusqu'à quinze jours. Pendant l'époque menstruelle, la chaleur, la gêne, le malaise et la souffrance que cause la maladie, augmentent, ainsi que le volume de la tumeur, qui devient plus difficilement réductible ou cesse de l'être entièrement. La menstruation, qui cesse habituellement entre quarante-sept et cinquante ans, se prolonge assez fréquemment chez ces femmes jusqu'à l'âge de cinquante-trois et cinquante-quatre ans.

Par suite du développement anormal du système artériel et de l'activité de sa circulation, de la dilatation des veines, du changement de direction, des compressions, des allongements que les vaisseaux ont subis, les malades sont fréquemment exposées à des métrorrhagies actives ou passives, qui finissent par miner leur constitution.

Les rapports sexuels sont souvent douloureux, difficiles ou impossibles. Lors même qu'ils sont possibles sans souffrances, ils ont le plus ordinairement cessé d'être agréables, la sensibilité utéro-vaginale étant diminuée, émoussée, presque anéantie. La diminution et quelquefois la suppression presque absolue des sécrétions muqueuses vulvo-vaginales concourent puissamment à la diminution de cette sensibilité. Le sens génésique qui réside principalement dans l'appareil vulvo-vaginal et qui résulte de l'accomplissement régulier des actes de cet appareil, a considérablement perdu de son activité, lorsqu'il n'est pas entièrement aboli.

De tous ces dérangements dans les fonctions vulvo-vaginales et utérines, résulte la stérilité, stérilité qui n'est jamais plus certaine que quand il existe concurremment une altération des trompes ou des ovaires, altération qui est souvent consécutive à l'allongement hypertrophique et au prolapsus de l'utérus. Aussi je ne connais aucune femme qui ait conçu, une fois que l'utérus avait été assez prolapsé pour avoir causé la chute et le renversement complets du vagin, ce qui ne veut pas dire que cela n'ait jamais eu lieu; la science se chargerait de réfuter cette assertion, il suffit, en effet, pour que la fécondation ait lieu, que la voie utéro-ovarique soit restée libre.

Digitized by Google

§ II. *Troubles des fonctions vésicales et rectales.* — Par suite des changements que le vagin et l'utérus ont fait éprouver à la vessie et à l'urèthre, il est très rare que les fonctions de la vessie ou de ses annexes ne soient pas plus ou moins troublées. Dans un grand nombre de cas, elles le sont même beaucoup plus que dans la cystocèle proprement dite.

Les malades éprouvent souvent le besoin d'uriner et ne peuvent y résister longtemps ; quelques-unes sont obligées de le satisfaire vingt-cinq et trente fois par jour. La miction est donc fréquente, douloureuse, difficile ou même impossible, et pour la faciliter, la malade est obligée de comprimer la tumeur à l'aide de la main, de la reporter en haut et en arrière, ou bien encore d'en opérer la réduction complète. Il en est qui, pendant qu'elles reportent la tumeur en arrière, sont obligées de se pencher fortement en avant. Nous en avons vu quelques-unes qui étaient obligées, pour faciliter la sortie de l'urine, de se poser sur les coudes et sur les genoux ; Levret avait déjà signalé ce fait à l'attention des praticiens.

Cette difficulté d'uriner et cette véritable rétention d'urine dépendent quelquefois de l'irritation, de l'inflammation de la vessie, mais le plus ordinairement elle est due : 1° à ce que la portion de ce réservoir qui renferme le liquide est soustraite à l'action expultrice des parois abdominales ; 2° à l'angle de flexion qu'éprouve l'urèthre quand il traverse le ligament sous-pubien et le muscle de Wilson, angle qui aplatit les parois du canal, et les oppose l'une à l'autre en interceptant sa cavité. Cet obstacle devient d'autant plus énergique que l'urine s'accumule et dilate davantage la portion vésicale herniée qui se porte de plus en plus en bas et en avant. C'est en diminuant, en redressant cet angle que les malades facilitent la miction, lorsqu'elles reportent instinctivement la tumeur en haut et en arrière ; elles diminuent aussi, en agissant de cette manière, la pression que le ligament sous-pubien et le muscle de Wilson exercent sur la paroi inférieure du conduit. Slevogt avait déjà fait remarquer qu'on diminuait la difficulté d'uriner et même celle de la défécation en soulevant la tumeur ; seulement il ne donnait pas une explication exacte du fait, au moins pour ce qui est de la miction, en attribuant la difficulté d'uriner à la distorsion de l'urèthre causée par les fibres annexes (adhérences) du vagin prolapsé qui rétrécissaient la cavité de ce

Digitized by Google

canal en tirant obliquement sur lui (1) : cette traction n'est en effet qu'une cause éloignée ou prédisposante ; 3° au relâchement et à l'affaiblissement des parois vésicales entraînées et tiraillées par l'appareil vagino-utérin, ce qui prouve que cet état peut dépendre de l'affaiblissement et d'une sorte de paralysie des parois vésicales, c'est que parfois, bien que l'on ait introduit une sonde dans la portion herniée de la vessie, l'urine ne s'écoule qu'en bavant par la sonde, et il suffit de presser sur la tumeur pour faire sortir ce liquide par un jet plus ou moins étendu, suivant la force de la pression que l'on exerce. Chez ces malades, lorsque l'urine s'est accumulée et a augmenté beaucoup le volume de la tumeur, elle s'écoule involontairement et par regorgement.

Lorsque la chute de l'utérus s'opère subitement chez une femme enceinte de trois à quatre mois, dans un effort violent ou une chute d'un lieu élevé, la rétention peut être de suite produite par la compression que cet organe exerce sur l'urèthre et le col de la vessie contre la symphyse du pubis. Kulm en rapporte un exemple trop instructif pour que je ne le rappelle pas ici.

« Une femme, âgée de vingt-six ans, enceinte de quatre mois, portant sur les épaules un lourd fardeau, fit un faux pas et tomba. Aussitôt elle ressentit une violente douleur dans les lombes, dans la région du pubis, avec impossibilité absolue d'uriner. Un médecin est appelé à son secours et, au lieu d'évacuer l'urine retenue en introduisant une sonde dans la vessie, il prescrit au contraire des remèdes diurétiques. Cette femme endure pendant douze jours des douleurs inexprimables, sans pouvoir rendre une seule goutte d'urine. Elle mourut... Après la mort, on trouva la matrice descendue dans le vagin, et son corps faisant saillie hors de la vulve. La vessie avait deux pieds de longueur et un pied de largeur. Elle renfermait vingt litres d'urine. Aussi dans son indignation inspirée par l'ignorance de ce médecin, Kulm s'écrie-t-il : « Patet adeoque luculentissime, quam sinistre illi medici, » ad multorum hominum detrimentum, praxim suam exerceant, qui » chirurgiam negligunt (2). »

Un utérus qui aurait le même volume que celui d'une femme enceinte

(1) *Dissert. de mulieris gravidæ lapsu vag. uter.*, etc., § XVI.

(2) *Dissertatio de uteri lapsu*, vide *Disput. chirurg. selectæ*, Haller, t. III, p. 587.

Digitized by Google

de trois ou quatre mois et qui serait prolapsé, pourrait causer le même genre de rétention. Dans quelques cas où la tumeur est très volumineuse et intéresse une grande portion de la vessie, les malades peuvent uriner par regorgement : il faut bien se garder de confondre cet état avec une véritable incontinence d'urine, qui, au reste, accompagne fréquemment l'affection qui nous occupe et est l'un de leurs plus grands tourments.

La manière dont l'urine s'écoule a subi de profondes modifications. Ce liquide, au lieu d'être lancé en bas et en avant, sous la forme d'un jet unique et régulier, s'écoule lentement, en bavant et en nappe, le long de la tumeur, ou bien le jet est lancé en avant et en haut contre la paroi abdominale, d'où il retombe éparpillé sur le vagin renversé et les cuisses. D'autres fois il est projeté contre l'espèce de soupape formée par le clitoris et l'extrémité supérieure des nymphes, et il retombe en lame sur toute la face antérieure de la tumeur. Très souvent en sortant, ce jet s'étale en éventail, en cône creux, ou bien se divise en gerbe qui souille non-seulement l'abdomen et les parties environnantes, mais encore les vêtements de la malade, d'où l'odeur nauséabonde qu'elle répand autour d'elle. Cet évasement du jet de l'urine à sa sortie du canal est dû à la dépression ampulaire ou infundibuliforme qui précède assez souvent l'ouverture de l'urèthre, ou à la présence d'un ou deux plis transversaux du tubercule vaginal refoulé en avant et au-dessus du méat.

Du contact réitéré et prolongé de l'urine sur la tumeur résultent de l'irritation, des démangeaisons et des cuissons insupportables qui deviennent une des causes les plus fréquentes des ulcères qui s'y développent.

La plupart de ces troubles survenus dans la miction échappent au médecin, parce que, comme je l'ai vu souvent et comme chacun le comprend, les malades les lui cachent ou ne les lui révèlent que lorsqu'il a fixé leur attention sur ce point. Tant que la miction n'est pas douloureuse, ou tant qu'il n'y a pas rétention d'urine, elles disent qu'elles urinent facilement.

Les urines ont habituellement conservé leurs propriétés physiques normales; mais lorsque la maladie dure depuis longtemps et qu'elle a entraîné une grande partie de la vessie dans le vagin renversé, celle-

Digitized by Google

ci se vide incomplétement. L'urine qui y séjourne s'y altère; elle devient trouble, épaisse, catarrhale ou purulente; de petits graviers ou même des calculs s'y développent, et tous les accidents d'une cystite calculeuse viennent se joindre à ceux qui sont la conséquence immédiate du déplacement. Ce n'est pas tout, cette descente de la vessie est le point de départ ou la source de malaises et de douleurs plus ou moins éloignées que nous examinerons plus bas.

Les fonctions du *rectum* sont loin d'être aussi souvent et aussi profondément troublées. Cependant les malades sont presque toutes constipées; beaucoup d'entre elles éprouvent d'assez grandes difficultés pour évacuer les matières fécales, qui, dans les efforts d'expulsion, tendent à s'engager ou s'engagent en partie dans la tumeur par la dilatation ou le véritable prolongement que la paroi antérieure du rectum y envoie. Aussi le prolapsus descend-il davantage et augmente-t-il de volume dans ce moment, et les malades qui sentent ce mouvement se produire cherchent à l'arrêter en maintenant la tumeur avec la main. Quelques-unes font mieux : s'apercevant de la cause de la difficulté de la défécation, elles compriment cette tumeur de bas en haut et d'avant en arrière, de manière à faire rentrer les matières dans la cavité de l'intestin et à leur faire suivre la direction qui leur est normalement imprimée par les efforts d'expulsion. Chez plusieurs malades, la grande et profonde courbure que le feuillet postérieur du cul-de-sac péritonéal vagino-rectal imprime à l'extrémité supérieure du rectum augmente encore la difficulté de l'évacuation. C'est en diminuant ou en faisant disparaître ces deux obstacles que l'ascension de la tumeur et mieux sa réduction facilitent la défécation. Enfin, chez quelques femmes dont le prolapsus est volumineux et qui ont un certain embonpoint, il y a un troisième obstacle qui est tout à fait extérieur, indépendant des changements organiques qu'a éprouvés l'utérus : au moment où ces femmes s'accroupissent pour satisfaire ce besoin, les cuisses fortement rapprochées refoulent la tumeur en arrière; les efforts qui en augmentent le volume la portent encore dans ce sens où elle ne rencontre aucun obstacle, et elle vient oblitérer l'ouverture anale. Ces malades sont alors obligées d'aller saisir la tumeur et de la ramener en avant entre les cuisses écartées, afin de laisser un passage libre aux matières. Ce sont là autant de détails que cachent habituellement les patientes,

Digitized by Google

et qu'elles ne font connaître que lorsqu'on les interroge à cet égard.

Plusieurs de ces malheureuses étant atteintes de déchirures plus ou moins étendues du périnée, quelquefois même de déchirure qui comprend toute la hauteur de cette région et la partie antérieure de l'anus (obs. XXX), il en résulte qu'on observe quelquefois chez elles une incontinence complète des matières fécales, ou leur écoulement sous l'influence du moindre effort. Mais ce n'est là, selon nous, qu'une complication et non un effet dépendant de la chute de l'utérus et du renversement du vagin. Ce qui le prouve, c'est que nous n'avons jamais rencontré cette incontinence que chez celles de nos malades qui avaient le périnée et la partie antérieure de l'anus déchirés. Nous ne saurions donc partager l'opinion de M. Cruveilhier, qui dit « que les chutes de l'utérus entrainent quelquefois, sinon incontinence complète des matières fécales, au moins une grande diminution dans la contractilité du sphincter. » D'après les faits que nous avons observés, nous sommes porté à croire que M. Cruveilhier s'en est rapporté à la narration des malades, mais n'a pas examiné dans quel état se trouvait chez elle la région ano-périnéale. Autrement il eût probablement vu, comme nous, que le muscle transverse du périnée était divisé sur la ligne médiane ainsi que l'extrémité antérieure du sphincter anal, d'où la perte de son point d'appui et de sa force sphinctérienne ou obturatrice, mais que chacune des moitiés du muscle n'avait rien perdu de sa contractilité.

Quelques précautions que prennent les malades, elles ne peuvent empêcher que les matières en sortant ne souillent et ne finissent par irriter la moitié postérieure de la tumeur, et même par y déterminer des ulcérations, à moins qu'elles n'appartiennent à une classe de la société qui leur permette de grands soins hygiéniques.

§ III. — *Troubles éloignés et sympathiques.* — Ils ne se manifestent et n'existent habituellement que lorsque les malades sont debout depuis longtemps déjà, se livrent à des efforts, se renversent fortement en arrière, élèvent les bras, soit pour saisir, soit pour maintenir quelque chose dans une situation élevée, ou lorsqu'elles se sont livrées pendant plusieurs heures de suite à des travaux pénibles.

Quelques-unes éprouvent seulement un sentiment de malaise, de faiblesse, de vide dans les régions pelvienne et vulvo-anale. Il leur semble

Digitized by Google

que tous leurs viscères abdominaux vont s'échapper par le détroit inférieur du bassin dont le plancher a perdu presque toute sa résistance. Aussi ai-je vu, dans le monde surtout, quelques malades impressionnables et nerveuses tellement effrayées par ce sentiment, qu'elles osaient à peine se mettre debout pour se livrer à quelque exercice dans leur appartement.

Mais chez le plus grand nombre, des douleurs plus ou moins vives et un sentiment de traction se font sentir aux lombes, à la base du sacrum, aux reins, au bas-ventre ou aux aines, et quelquefois aux cuisses. Celles des reins et de la région lombo-sacrée qu'on pourrait presque dire constantes, tant elles sont fréquentes, sont évidemment dues à la traction et à la tension que les viscères éprouvent en suivant forcément la précipitation du bas-fond de la vessie; elles doivent aussi dépendre de la tension des nerfs des plexus hypogastriques, des vaisseaux qui entrent dans la composition de ces plexus, des restes du ligament utéro-lombaire et de la traction du péritoine sacro-lombaire, dans la descente obligée et parfois subite du cul-de-sac recto-vaginal qui attire fortement en bas, comme nous l'avons démontré, l'extrémité supérieure du rectum et la fin de l'S iliaque. Quant à celles du bas-ventre, qui sont moins constantes, elles trouvent leur explication dans le déplacement et l'abaissement de la portion sus-pelvienne de la vessie qui tiraille et entraîne à différents degrés l'ouraque et le péritoine, qui de la paroi abdominale se jette sur le sommet et la face postérieure de l'organe; elles peuvent aussi dépendre d'une cystite concomitante.

Celles des aines qu'on a l'habitude d'attribuer à la distension des ligaments ronds, sont pour nous, dans la majorité des cas, le résultat de l'entraînement et de la descente de la partie inférieure des ligaments larges qui suivent la portion sus-vaginale du col, d'où résultent un déplacement, un glissement douloureux en bas et en dedans du péritoine de la fosse iliaque et de la fossette inguinale externe. Nous avons déjà démontré par des faits, et nous démontrerons plus bas, lorsque nous nous occuperons des causes et du mécanisme de la maladie, que les ligaments ronds ne sont presque jamais distendus. Cependant nous ne voudrions pas assurer que cela ne puisse arriver quelquefois, dans le cas, par exemple, de chute complète avec rétroflexion très prononcée du corps de l'utérus, comme chez la malade qui fait le sujet de notre observation XXIV.

Digitized by Google

Enfin, dans quelques cas exceptionnels qui tiennent probablement à quelques complications, à des adhérences de l'utérus aux intestins ou au grand épiploon, les malades éprouvent un tiraillement douloureux à l'épigastre, des douleurs intestinales, une sorte d'oppression cardialgique, et si elles persistent à rester debout, une syncope véritable a lieu. A la longue, les fonctions du tube digestif sont dérangées, la nutrition s'altère ; la souffrance de l'utérus et de ses annexes par l'intermédiaire du grand sympathique se propage à tous les viscères abdominaux dont les fonctions sont plus ou moins troublées. — La marche continuée pendant un certain temps, la station verticale deviennent difficiles, douloureuses, ou même impossibles. Il n'est pas jusqu'à la position assise et au décubitus qui ne puissent, dans certains cas, être gênés, et ne demandent certaines précautions.

Ce serait maintenant le moment, si nous avions l'intention d'écrire une monographie complète sur ce sujet, de nous occuper des caractères qui servent à distinguer cette affection des autres maladies qui ont avec elle des analogies, et il nous serait facile de démontrer qu'autrefois comme aujourd'hui les hommes les plus distingués ont commis plus d'une erreur de diagnostic à cet égard : mais déjà nous avons donné à ce travail beaucoup plus d'étendue que nous ne nous étions proposé, et nous craindrions de fatiguer le lecteur, en rappelant des faits qu'il trouvera consignés dans les différents recueils scientifiques.

CHAPITRE IV.

EXAMEN DES CAUSES ET DE LEUR MODE D'ACTION.

Les influences sous l'empire desquelles se manifestent l'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col, son prolapsus et la chute complète de l'utérus, sont très nombreuses, variées, et le plus souvent complexes. Elles sont, comme les causes de la plupart des affections chroniques, prédisposantes ou occasionnelles.

Dans les premières, on doit faire rentrer, suivant qu'elles sont étrangères à l'économie ou qu'elles lui sont inhérentes :

1° Toutes professions dans lesquelles la femme se livre à un travail pénible, au-dessus de ses forces et de son organisation, et parmi ces professions, celles surtout qui s'exercent debout, qui exigent des efforts fréquemment répétés ou des efforts lents et continus, comme celles de

Digitized by Google

blanchisseuse, de journalière, de marchande ambulante, de cuisinière, etc., etc.; mais de toutes ces professions, la plus pernicieuse est évidemment celle de blanchisseuse, que l'on rencontre dans les quatre cinquièmes des cas (1); la station verticale trop longtemps prolongée sur les pieds, les genoux; une pression habituelle sur l'abdomen par des vêtements trop serrés; l'équitation, etc., etc.

2° Les causes prédisposantes inhérentes à l'organisation sont : une constitution molle et lymphatique, dans laquelle les tissus en général présentent une grande laxité, et les tissus musculaire et aponévrotique en particulier sont peu développés; — une ouverture vulvaire lâche et très dilatable; — un bassin très large; — un embonpoint considérable de l'abdomen; — une constipation habituelle très prononcée. Mais la cause prédisposante la plus puissante, la plus fréquente comme la plus efficace, qu'on pourrait presque considérer comme essentielle, est l'accouchement, surtout lorsqu'il s'est répété un grand nombre de fois et à de courts intervalles. Sur 64 malades dont je possède les observations détaillées, 4 seulement n'avaient pas eu d'enfants, au moins elles nous l'ont assuré, 11 en avaient eu chacune un, 4 chacune d'eux, et les 44 autres en avaient eu chacune plusieurs; quelques-unes d'entre elles en avaient eu jusqu'à neuf, dix et onze. Ce fut presque toujours peu de temps après l'accomplissement de cette grande fonction que la maladie commença à se manifester. Scanzoni (2) dit que sur 114 malades qu'il a traitées, 99 étaient mères. Jamais l'affection ne se développe plus sûrement qu'après les accouchements qui ont nécessité la version, une application du forceps, ou qui ont causé une déchirure plus ou moins étendue, soit du périnée, soit des parties latérales de l'ouverture vulvaire, qui ne s'est pas réunie par première intention. On conçoit, au reste, parfaitement comment un accouchement ordinaire souvent répété peut être une des causes les plus fréquentes de cette maladie : il distend et allonge tous les liens de l'utérus, vaisseaux, nerfs, adhérences normales et ligaments; il déchire même quelques-uns de ceux-ci. Les

(1) Sans parler des hernies proprement dites, des cystocèles, des rectocèles, des varices, des ulcères, dont ces femmes sont souvent atteintes, c'est au point qu'on se demande si le conseil d'hygiène publique ne devrait pas conseiller à l'autorité d'interdire aux femmes certaines parties de cette industrie.

(2) *Traité des maladies des organes sexuels de la femme*. Paris, 1858.

Digitized by Google

parois du vagin, à force d'être distendues, finissent par perdre leur élasticité et leur continuité; elles restent flaxes, molles, larges, incapables d'offrir à l'utérus le moindre soutien. L'ouverture vulvaire éprouve les mêmes modifications, et le plancher du bassin, dont le centre est affaibli, presque annihilé par des distensions ou des déchirures répétées, est, comme cette ouverture, disposé pour laisser passer les organes placés au-dessus de lui.

Presque tous les auteurs ont fait jouer, dans cette étiologie, un grand rôle à la faiblesse, à la gracilité, à la grande extension natives, mais surtout acquises, des ligaments larges et des ligaments ronds pendant la grossesse et l'accouchement. Rien dans l'état physiologique et pathologique de ces liens ne justifie leur assertion, qui nous paraît au moins très exagérée. Les ligaments larges ne sont pas principalement destinés à empêcher l'utérus de s'élever ou de s'abaisser, comme le démontrent leur disposition, les phénomènes de la grossesse et de la parturition, mais bien à empêcher cet organe de se déverser trop fortement à droite ou à gauche, à maintenir, autant que possible et dans de justes limites, l'équilibre de la matrice entre la vessie et le rectum; à recevoir, à protéger et à conduire jusqu'à l'utérus les vaisseaux et les nerfs qui s'y rendent, et c'est même là une des raisons qui font que ces replis occupent les parties supérieures et latérales de la matrice, afin que, dans son développement génésique, la circulation et la sensibilité ne soient pas troublées par des tiraillements pénibles et douloureux. Dans l'allongement hypertrophique et la précipitation de la portion sus-vaginale du col, ainsi que dans le prolapsus complet de la matrice, il n'y a d'allongé, d'abaissé et de légèrement tendu, que la partie inférieure de ces ligaments. Quant aux ligaments ronds, ils sont encore moins que les précédents destinés à suspendre l'utérus, à l'empêcher de descendre et de se porter au dehors. Ils sont pour cela beaucoup trop longs et trop flexueux; leurs insertions pelvienne et utérine et leur direction ne sont pas convenablement disposées pour remplir ce but, et par conséquent leur relâchement ne peut être considéré comme une cause de prolapsus utérin. Si la nature les eût destinés à être des moyens suspenseurs de l'utérus, elle eût placé leur insertion pelvienne sur un point plus élevé et postérieur du bassin, leur insertion utérine sur le fond et les angles de l'organe, et non sur les parties latérales de sa face antérieure. Tout

Digitized by Google

dans la disposition de ces liens, insertion, direction, longueur, flexuosités, organisation et changements qu'ils éprouvent pendant la grossesse, démontre que ce ne sont que des organes d'attente destinés à entrer en action pendant la gestation et la parturition seulement. Ils ont alors pour fonction de maintenir et d'attirer en avant, par leur élasticité et leur contractilité, le fond de l'utérus, à mesure que cet organe s'élève dans la cavité abdominale, afin qu'il ne comprime et ne gêne pas trop, en se portant directement en haut et en se renversant en arrière, les fonctions de l'intestin et de l'estomac; afin qu'il ne comprime que le moins possible le centre nerveux du grand sympathique, les grands centres circulatoire, artériel, veineux et lymphatique de l'abdomen; afin qu'il ne refoule pas trop fortement le foie, le diaphragme, et même le cœur et le poumon, comme cela fût souvent arrivé s'il eût subi un mouvement ascensionnel direct. De plus, en attirant le fond de l'utérus en avant et un peu en bas, ils le maintiennent contre la face postérieure de la paroi antérieure de l'abdomen, et empêchent les intestins de venir se placer entre cette paroi et l'organe. Enfin, ils ont encore pour usage de maintenir à cette époque le corps de l'utérus dans la direction de l'axe du grand bassin et du détroit supérieur Ils ont si peu pour fonction de maintenir la matrice et de l'empêcher de descendre que, dans la rétroversion et même dans la rétroflexion la plus prononcée, où quelquefois le fond de l'organe est plus bas que le col, nous ne les avons jamais trouvés tendus. Il est bien entendu que nous ne voulons pas parler de la rétroflexion dans laquelle il y a en même temps chute de l'organe.

Si l'anatomie et la physiologie tendent à démontrer l'erreur de l'assertion que je combats, les faits parlent beaucoup plus haut et en démontrent péremptoirement l'inexactitude, puisque dans presque tous les cas désignés sous le nom de prolapsus de la matrice avec renversement plus ou moins complet du vagin, il n'y a qu'un prolapsus du col, le corps de l'organe étant resté dans le bassin à sa hauteur normale, ou seulement à 2, 3, 4 centimètres plus bas, faible abaissement qui ne nécessite pas pour s'opérer un relâchement et un allongement des ligaments ronds. Dans les autopsies que j'ai faites de ces cas, ces ligaments avaient conservé leur longueur normale et leurs flexuosités; ils n'étaient nullement tendus.

Dans la véritable précipitation de l'utérus sans allongement hypertro-

Digitized by Google

phique, affection qui est très rare, le fond de l'organe est placé au haut de la tumeur, sous l'ouverture vulvaire, presque encore engagé dans le détroit inférieur du bassin, comme on peut le voir sur la planche III, figure 1. Dans un cas observé par Blandin et rapporté dans les bulletins de la Société anatomique, M. Ferra, qui a communiqué ce fait à la Société, dit : « Les annexes de l'utérus ont cependant conservé à peu près leur place normale. »

Lorsque l'utérus est complétement prolapsé et en même temps atteint d'une rétroflexion tellement prononcée que le fond de l'organe soit beaucoup plus bas et plus en arrière que le col, on comprend qu'un tel déplacement n'ait pu s'opérer qu'à l'aide du relâchement et de l'allongement des ligaments; aussi ces parties forment-elles dans ce cas une sorte de corde que l'on sent de chaque côté de l'organe.

Si le prolapsus du col ou de la totalité de l'utérus peut s'opérer sans le relâchement ou l'allongement des ligaments précédents, il n'en est pas de même des ligaments utéro-lombaires, qui sont véritablement destinés à soutenir l'utérus et le vagin. Aussi Dugès et madame Boivin (1) nous paraissent-ils être tout à fait dans le vrai, lorsqu'ils regardent l'affaiblissement, l'allongement et la déchirure de ces ligaments comme la cause prédisposante la plus fréquente et la plus efficace du prolapsus.

Dans le second temps de l'accouchement, où le col et l'extrémité supérieure du vagin sont fortement abaissés et quelquefois entraînés en avant, ces liens sont fortement distendus, affaiblis, et doivent être souvent déchirés. Des efforts fréquemment répétés, qui abaissent l'utérus et tendent à le chasser au dehors, doivent produire à la longue le même résultat.

C'est évidemment à l'allongement brusque et à la rupture de ces ligaments qu'il faut attribuer la douleur vive lombo-sacrée et le craquement que ressentent et quelquefois même entendent les femmes chez lesquelles une descente ou un prolapsus se manifeste presque tout à coup au dehors à la suite d'une chute d'un lieu plus ou moins élevé sur le siége, ou d'un effort brusque et violent, soit pour soulever, soit pour lancer au loin un corps pesant. L'accouchement, en affaiblissant les cloisons vésico-vaginale et vagino-rectale, devient une cause

(1) *Traité pratique des maladies de l'utérus.* Paris, 1833.

Digitized by Google

fréquente de cystocèle et de rectocèle qui peuvent entraîner à leur suite l'utérus.

Ce n'est pas seulement en agrandissant, en relâchant les parties qui se trouvent autour de la matrice, en diminuant leur cohésion, leur élasticité, leur contractilité, que la gestation et la parturition prédisposent à la précipitation, mais encore en laissant le champ libre au développement de maladies qui agissent comme cause prédisposante ou occasionnelle : telles sont les tumeurs des ovaires, celles de l'utérus, l'engorgement, le ramollissement, l'inflammation chronique, l'hypertrophie de cet organe, sans parler de cet état hypertrophique et congestionnel qui suit pendant un mois et plus la parturition, état que beaucoup de femmes, par leur imprudence, rendent permanent en se levant trop tôt et en reprenant leurs travaux, souvent très pénibles, le septième, le huitième ou le dixième jour de leurs couches. Dans les observations que j'ai recueillies, on voit que beaucoup de femmes s'étaient levées dès le troisième jour, le quatrième ou le cinquième, pour vaquer aux soins de leur maison et reprendre très peu de temps après l'exercice de leur profession, quelque dure qu'elle soit. C'est un danger qui a été signalé par tous les auteurs, et l'on ne saurait trop insister sur ses désastreuses conséquences.

La flaccidité, la laxité et l'espèce d'infiltration qui se montrent pendant la grossesse dans les tissus qui entourent l'utérus et le vagin facilitent singulièrement, à cette époque, le glissement de l'organe en bas sous l'influence de l'augmentation de son poids, de son volume et des réactions abdominales.

L'accouchement est non-seulement une cause prédisposante très féconde, mais encore, dans certains cas, une cause occasionnelle très active, si le bassin est très large, le col peu dilaté et rigide, et que la femme se livre à des efforts violents d'expulsion. L'utérus peut encore être entraîné dans une application de forceps, ou mieux dans une version, lorsque le col utérin très contractile, non déchiré, se resserre subitement sur le cou de l'enfant au-dessous de la tête. Ce fait s'est présenté à nous cette année en faisant la version chez une primipare; je fus obligé, pour éviter la sortie de la totalité de l'utérus, de faire repousser le col vers le bassin par mes aides pendant que j'attirais l'enfant.

Les causes occasionnelles et efficientes sont les efforts ordinaires

souvent et longtemps répétés, les efforts brusques et violents, les chutes d'un lieu plus ou moins élevé sur le siége, les genoux, la plante des pieds; les coups violents sur le bas-ventre, la marche forcée, tous les exercices qui se font debout : course, danse, saut, etc.; toutes les tumeurs abdominales et pelviennes qui tendent à sortir par le détroit inférieur du bassin et chassent au-dessous d'elles l'utérus; les chutes essentielles du vagin; certaines cystocèles et rectocèles; toutes les maladies de l'utérus qui en augmentent le poids et le volume et surtout la longueur, et parmi elles se trouve en première ligne l'allongement hypertrophique, qui, s'il porte sur la moitié inférieure de l'organe, est une véritable cause déterminante qui constitue presque essentiellement le mal.

Mais je me hâte de le dire, la plupart de ces causes, celles mêmes dont l'action a paru la plus évidente et à la suite desquelles la maladie s'est montrée presque immédiatement, ne suffisent pas à elles seules pour la déterminer, il faut le plus souvent qu'elles agissent concurremment ou à la suite des causes prédisposantes. C'est pourquoi il n'est pas rare de voir des femmes qui ont une déchirure complète du périnée, un relâchement considérable du vagin, une cystocèle ou une rectocèle, ou bien encore des tumeurs qui tendent à chasser l'utérus, sans que cet organe soit précipité : c'est lorsque les états anatomo-pathologiques que j'ai indiqués sous le nom de causes prédisposantes n'existent pas. Aussi, lorsqu'on interroge avec soin les malades qui disent que leur maladie s'est montrée tout d'un coup à la suite d'une chute ou d'un violent effort, on apprend que la plupart d'entre elles ont eu un plus ou moins grand nombre d'enfants; qu'elles souffrent de la matrice depuis longtemps ou bien que cet organe était déjà descendu vers la vulve. C'est ce qui nous a fait dire au commencement de ce chapitre que les causes du prolapsus de la portion sus-vaginale du col avec renversement complet du vagin et de la chute complète de l'utérus étaient nombreuses, variées et le plus souvent complexes, non-seulement considérées en général, mais sur le même sujet.

Si, maintenant que nous connaissons à peu près toutes les conditions et les circonstances dans lesquelles se manifeste le prolapsus, nous nous demandons d'après quel mécanisme il s'opère, nous voyons que la nature est loin de procéder de la même façon dans tous les cas, et qu'il

Digitized by Google

faut établir sous ce rapport trois modes de développement bien différents qui peuvent agir séparément ou se combiner.

Dans un premier mode, l'utérus est attiré en bas par le relâchement et la chute préalables de l'extrémité inférieure du vagin, qui finit par attirer vers la vulve et faire passer par cette ouverture l'extrémité supérieure du canal, ainsi que le col de l'utérus, lésion que M. Cruveilhier appelle *invagination par attraction ou sans rainure*.

D'autres fois, l'extrémité supérieure du vagin et l'utérus sont attirés en bas par une cystocèle ou une rectocèle; dans quelques cas, ces hernies réunies, qui existent depuis un temps plus ou moins long avant la chute de la matrice, l'ont successivement abaissée à mesure qu'elles prenaient plus de développement et se précipitaient davantage. La traction du vagin est assez énergique chez certaines femmes pour que, si l'utérus est ramolli, le col s'allonge et s'amincisse comme un tube de verre soumis à l'action de la lampe de l'émailleur. Ce qui démontre encore cette traction des parois vaginales sur le col, c'est que, s'il existe une cystocèle sans rectocèle, ce sont la paroi et la lèvre antérieure du col qui sont seules allongées; si, au contraire, il existe une rectocèle sans cystocèle, c'est l'inverse que l'on observe. Presque tous les jours j'ai occasion de constater ces faits.

Ce mécanisme est fréquent chez les femmes qui ont le périnée déchiré et chez lesquelles l'extrémité inférieure du vagin, la base de la vessie et la paroi antérieure du rectum ne sont plus soutenues.

C'est encore ainsi que des tumeurs développées sur le col utérin peuvent allonger et entraîner cette partie de l'organe au dehors une fois qu'elles ont franchi l'anneau vulvaire.

Dans un second mode, l'utérus est simplement poussé de haut en bas par des efforts plus ou moins fréquemment répétés et énergiques, par une tumeur placée au-dessus de lui, comme Dugès et Boivin en rapportent un exemple, ou par l'action de son propre poids, si surtout il est augmenté et si les malades ont l'habitude de rester debout, de se livrer dans cette position à un travail pénible et soutenu.

Enfin, *dans un troisième mode*, auquel se joint assez fréquemment l'action des deux premiers, la matrice abaissée est portée au dehors par l'augmentation de son poids et un allongement hypertrophique plus ou moins considérable, qui siége principalement sur la partie inférieure

Digitized by Google

de cet organe, qui, à mesure qu'elle s'accroît, pousse au-dessous d'elle, en la renversant, l'extrémité du vagin. Aussi, dans cette espèce de chute, qui est une des plus fréquentes, on trouve presque constamment le corps utérin encore contenu dans le bassin. C'est aussi cette espèce qu'on rencontre le plus souvent chez les femmes du peuple, et plus particulièrement chez les blanchisseuses et les journalières, qui, par nécessité, reprennent leurs travaux peu de temps après l'accouchement, travaillent dans une position verticale, et font continuellement des efforts qui ébranlent, secouent et irritent l'organe gestateur. De ces fâcheuses circonstances résultent non-seulement une plus grande activité dans la circulation artérielle de l'utérus, mais une gêne, un embarras, un véritable engouement dans les circulations veineuse et lymphatique de cette partie, qui reste dans l'état de développement anormal où elle se trouvait, lorsque la femme a repris intempestivement ses travaux, et devient lentement et graduellement le siége d'un engorgement et d'une hypertrophie qui occupent tout naturellement la moitié inférieure de l'organe qui n'est plus soutenue ni comprimée, comme à l'état normal, mais se trouve placée au centre d'une espèce de vide qu'elle tend à remplir. Au contraire, ce mouvement hypertrophique se manifeste beaucoup plus difficilement sur le corps de l'utérus, qui continue à être entouré, maintenu et comprimé par les viscères et les contractions abdominales, ce qui y facilite les circulations veineuse et lymphatique. Et lors même que cette hypernutrition existe sur le corps et que l'allongement siége sur la totalité de l'organe, c'est encore le col qui est obligé de se porter au dehors, le corps ne pouvant subir qu'avec difficulté un mouvement ascensionnel, non-seulement à cause des obstacles qu'il est obligé de surmonter, mais aussi à cause de la position verticale qu'observent longtemps ces malades et des efforts répétés auxquels elles se livrent.

Il se passe presque ici sous les enveloppes pelviennes ce que l'on voit tous les jours à l'extrémité des membres abdominaux lorsque, les circulations veineuse et lymphatique étant gênées, les individus continuent à travailler debout : la peau et le tissu cellulaire s'épaississent, s'indurent et s'hypertrophient; il n'est pas jusqu'aux artères, au périoste et aux os, qui ne se ressentent de cette plus grande activité de la nutrition. Ce développement hypertrophique de l'utérus est d'autant plus fréquent chez ces femmes que, très souvent, par suite des impru-

Digitized by Google

dences qu'elles commettent et des mauvaises conditions dans lesquelles leur profession les placent, elles sont souvent atteintes de métrites aiguës ou chroniques qui laissent après elles de l'engorgement et de l'hypernutrition.

Et qu'on ne pense pas, comme on nous l'a déjà objecté sans aucune preuve, que cet allongement soit consécutif à la précipitation de l'organe, et qu'il ne soit qu'une conséquence de cette position vicieuse, car on le rencontre presque toujours dans le second degré de la maladie que l'on désigne sous le nom de *descente*. Je ne saurais dire combien de fois j'ai observé ce fait, tant il est fréquent. C'est ce qui avait lieu sur l'utérus qu'a fait représenter M. Becquerel dans la figure 2 de la planche VI de son atlas ; cependant, ce fait est rapporté si laconiquement, qu'il ne m'est pas bien démontré que la descente ait été la conséquence de l'allongement de la portion sus-vaginale du col. Je crois plutôt que l'abaissement du museau de tanche vers la vulve et l'allongement de la portion sus-vaginale étaient produits par la tumeur volumineuse, qui adhérait à la partie postérieure et latérale gauche du corps de l'organe.

De plus, pour admettre, avec Dugès et Boivin (1), que cet agrandissement longitudinal soit un phénomène consécutif de la chute complète de l'utérus, il faudrait supposer que cet organe, après avoir entièrement abandonné le bassin, serait rentré graduellement par son extrémité supérieure (corps) dans cette cavité, pendant que par son extrémité inférieure (col) il s'en serait éloigné de plus en plus, ou exécuterait ce mouvement d'élévation du corps, lorsque la tumeur serait arrivée à son apogée de développement et le vagin complétement renversé au point de ne plus pouvoir céder. Mais le plus simple examen des faits et leur étude suivie prouvent que les choses ne se passent pas ainsi. Au reste, cet allongement hypertrophique, fût-il quelquefois consécutif, qu'il n'en serait pas moins le caractère principal de la maladie et le plus grand obstacle à sa guérison.

Faut-il, avec M. Cruveilhier, l'attribuer à une action toute mécanique, à la traction que le vagin exerce de haut en bas sur le col? Non, car cet allongement tout physique ne pourrait exister qu'autant que l'utérus serait préalablement ramolli, et nous l'avons souvent observé sans ra-

(1) *Traité pratique des maladies de l'utérus.* Paris, 1833.

Digitized by Google

mollissement utérin; — non, car s'il en était ainsi, le volume du col serait toujours considérablement réduit, tandis que souvent ce volume est resté le même qu'à l'état normal ou est augmenté; — non, parce que, quand le col s'est précipité suivant le second mode, en refoulant le vagin de haut en bas, cas dans lequel ce conduit n'a exercé aucune traction sur lui, on trouve cet allongement hypertrophique; — non, car si cet allongement était le résultat d'une simple traction et non d'une sorte de végétation, d'une hypernutrition, il ne se serait opéré qu'après que le corps de l'organe eût été aussi abaissée que possible et eût glissé de haut en bas sur la face postérieure de la vessie; or, le corps de l'utérus occupe presque la même hauteur, et le cul-de-sac utéro-vésical, qui devrait, dans cette hypothèse, être raccourci, a conservé sa hauteur ou sa profondeur normale; quelquefois même elle est plus considérable; — non, parce que, si nous invoquons l'analogie, nous voyons qu'elle est contraire à cette opinion. On ne dira pas, je pense, que l'allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale est opéré par la traction du vagin, puisqu'elle existe au-dessous de l'insertion de ce conduit. Pourquoi la portion sus-vaginale ne s'hypertrophierait et ne s'allongerait-elle pas aussi sans traction? Non, parce que sur une jeune fille de seize ans qui portait un prolapsus utérin volumineux, et dont elle était atteinte depuis l'âge de neuf ans, j'ai également constaté cet allongement, qu'on ne pouvait, dans ce cas, attribuer aux tractions opérées par le vagin, consécutivement à la chute de ce conduit, à une cystocèle, à une rectocèle, ou à un agrandissement préalable de l'ouverture vulvaire qui eût permis à toutes les parties comprises entre cette ouverture et l'utérus de se précipiter au dehors et d'entraîner le col à leur suite; — non, enfin, car s'il en était ainsi, le phénomène que je vais décrire, dont j'ai déjà parlé et que j'ai observé plusieurs fois, ne se rencontrerait jamais.

Chez les femmes atteintes d'un allongement hypertrophique et d'une chute du col avec renversement complet du vagin, une fois que les parois de ce conduit ont descendu et cédé autant que leur élasticité le permet, si ces femmes continuent à fatiguer, à rester debout et à faire des efforts fréquents, le corps de l'utérus, encore placé dans le bassin, supporte la résultante des efforts, tend à descendre davantage et à s'échapper de la cavité pelvienne; mais comme les parois du vagin ne peuvent plus céder, ce sont les lèvres de l'ouverture du col qui s'élar-

Digitized by Google

gissent, s'écartent, se renversent de dedans en dehors en s'épanouissant, et peu à peu la partie inférieure de la cavité utérine se renverse aussi de dedans en dehors et de bas en haut. Il se fait ainsi un renversement de l'utérus, une sorte d'extroversion qui ne diffère de l'introversion ordinaire qu'en ce que celle-ci s'opère du fond de l'utérus vers le col, tandis que celle qui nous occupe s'opère du col vers le fond : c'est le doigt de gant qui, au lieu de se renverser de son sommet à sa base, se renverse de celle-ci à son sommet. Or, croit-on que cette extroversion, qui a été également observée et décrite par Scanzoni (1) sous le nom d'*inversion du col*, pourrait s'opérer si la partie sus-vaginale eût été allongée, amincie et effilée par des tractions réitérées du vagin? Non, sans doute; sous cette pression du corps, elle se fût tassée, affaissée sur elle-même et infléchie, et n'eût pas transmis à la portion sous-vaginale la force nécessaire à son renversement. Au reste, ces tractions opérées de haut en bas par le vagin seraient plus aptes à rétrécir le museau de tanche et son orifice qu'à les élargir et les épanouir.

L'explication de M. Cruveilhier, qui avait déjà été donnée par Morgagni et par Dance, ne convient que pour les cas exceptionnels dans lesquels l'utérus est tout à la fois ramolli et entraîné par le vagin. Notez qu'il faut encore, pour que ce mode d'allongement se produise, que le corps de l'organe soit maintenu à sa place par l'intégrité absolue de ses liens, par des adhérences pathologiques ou par quelque tumeur; autrement, il suivrait le col, et celui-ci ne s'allongerait pas. C'est certainement ainsi, par traction et par pression, que s'est allongé le col utérin représenté par M. Becquerel; ce qui le prouve, ce n'est pas seulement, comme je le disais il n'y a qu'un instant, la présence de la tumeur, mais l'extrême amincissement des parois du col, qui n'avaient qu'une épaisseur de 3 millimètres. Ces sortes d'élongations ne peuvent véritablement pas être rangées parmi les allongements hypertrophiques, et nous avons pris soin, au commencement de ce travail, de dire qu'il ne fallait pas les confondre avec eux; aussi dans nos considérations historiques avons nous rejeté le premier cas d'élongation qui se trouve rapporté dans l'ouvrage de M. Cruveilhier.

(1) *Traité des maladies des organes sexuels de la femme.* Paris 1858.

Digitized by Google

CHAPITRE V.

CONSIDÉRATIONS SUR LES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE L'ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE DE L'UTÉRUS ET DE SES PRINCIPALES COMPLICATIONS. — OPÉRATIONS CHIRURGICALES QUE RÉCLAME LA CURE RADICALE DE CES AFFECTIONS.

De l'aveu de tous les cliniciens et des praticiens les plus expérimentés sur le sujet qui nous occupe, la précipitation de l'utérus (je ne dis pas l'abaissement ou la descente) est une affection difficilement et très rarement curable. Cependant il faut le dire, si, jusqu'à ce jour, la plupart des nombreux moyens qui ont été employés pour guérir les maladies désignées sous le nom de prolapsus utérin ont le plus ordinairement échoué, c'est parce qu'on a considéré comme une seule affection un ensemble, une collection de lésions différentes, dont la chute de la matrice n'était que l'une des expressions symptomatiques la plus évidente; c'est que cet état complexe est lui-même dans le plus grand nombre de cas la conséquence de l'action réunie de plusieurs causes, et que le plus souvent on a dirigé l'action thérapeutique contre la lésion la plus manifeste, la chute de l'utérus, et contre la cause qui paraissait être la plus fréquente et presque l'unique, le relâchement des parties qui environnent l'organe gestateur, négligeant ainsi de combattre les autres lésions et les autres causes qui les avaient amenées; c'est parce qu'enfin, et surtout jusqu'à présent, on avait confondu l'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginal du col, et sa sortie accompagnée du renversement du vagin, avec la chute complète de la matrice: allongement et chute du col qui nécessitent l'emploi de moyens le plus souvent très différents de ceux que réclame la véritable chute de l'utérus. Et comme cette dernière est beaucoup plus rare que la première, il en est résulté qu'on devait très fréquemment échouer; et c'est en effet ce qui a eu lieu.

Je passerai sous silence, et à dessein, l'examen des différentes méthodes, des divers procédés qui ont été employés contre la véritable chute de la matrice, pour ne m'occuper que du traitement de l'allongement hypertrophique qui simule cette affection. D'ailleurs la revue de ces moyens qui n'apprendrait rien ou très peu de chose au lecteur, aurait encore le grave inconvénient d'allonger ce travail, qui a déjà pris des

Digitized by Google

proportions beaucoup plus considérables que celles que je m'étais proposées.

Une des premières conditions à remplir, c'est de rechercher si, parmi les causes qui ont pu déterminer le développement de la maladie, il n'en existe pas encore dont l'action continue à s'exercer et qui viendrait entraver les efforts curatifs. Il faut changer, si faire se peut, la profession de la malade, si elle est une de celles qui concourent à la manifestation de son affection ; faire cesser les efforts, la position verticale ; modifier les habitudes, la constitution ; rendre, si l'on peut, aux parties qui entourent l'utérus et le soutiennent, leur fermeté, leur élasticité, leur contractilité, à l'aide de remèdes toniques et astringents : lotions, injections, bains salés, ferrugineux, sulfureux, hydrothérapiques. Si l'hypertrophie est peu considérable, et si elle paraît être la suite d'une chute du vagin, d'une cystocèle ou d'une rectocèle, c'est d'abord ces affections qu'il faut combattre. Dans le cas contraire, c'est l'hypertrophie qu'il faut attaquer la première, bien qu'elle soit consécutive; si on ne la faisait pas d'abord disparaître, elle s'opposerait à la réussite du traitement dirigé contre les autres affections.

S'il existe une inflammation, un engorgement de l'utérus, soit à titre de cause ou de complication, ils devront être combattus ; il en sera de même de l'hypertrophie de l'organe qui constitue la première et la principale lésion parmi l'ensemble de celles qu'on a sous les yeux. On mettra la malade dans une position horizontale, le bassin plus élevé que le reste du corps ; on administrera l'iodure de potassium, le seigle ergoté et ses préparations ; des lavements froids (qui seront conservés) une ou deux fois par jour ; on fera pratiquer des frictions sur le bas-ventre et autour des parties sexuelles avec des pommades fondantes ; on aura de temps en temps recours, si besoin est, aux petites saignées dérivatives et même à la cautérisation avec le fer rouge de la portion sous-vaginale du col, si cette partie est le siége d'une hypertrophie excentrique.

C'est surtout dans l'allongement et la chute consécutive qui ont promptement suivi un accouchement à la suite duquel la malade s'est levée trop tôt, a repris ses travaux avant que l'utérus ait recouvré ses dimensions normales, que ces moyens réussissent.

Mais disons-le, malgré l'emploi le mieux entendu des moyens médicaux qui devront presque toujours être mis en usage les premiers, l'al-

Digitized by Google

longement hypertrophique, la chute du col et le renversement du vagin qui en sont la conséquence, persévèrent le plus souvent, et l'on est obligé, dans un grand nombre de cas, d'avoir recours aux moyens chirurgicaux.

Lorsque l'allongement n'est pas très étendu, qu'il n'est que de 2 ou 3 centimètres, par exemple, que l'extrémité supérieure du vagin est seule renversée, et que l'ensemble de la tumeur ne dépasse l'ouverture vulvaire que de 4 à 5 centimètres, quand la femme est debout ou fait des efforts, le col de l'utérus et le vagin peuvent en général être réduits et maintenus par l'une des nombreuses variétés de pessaires qui sont à notre disposition. Par réduction, nous ne voulons pas dire que l'utérus et l'extrémité supérieure du vagin seront toujours replacés et maintenus à leur position et à leur hauteur normales, mais bien replacés et maintenus dans le bassin sans grands inconvénients, douleurs ni accidents. Vouloir obtenir plus, ce serait s'exposer inutilement à faire naître ceux-ci ; aussi doit-on, dans ce cas, mettre de côté les pessaires en bondon ou élytroïdes qui refouleraient trop l'utérus, comprimeraient le col et distendraient longitudinalement le vagin outre mesure. Les pessaires peu épais, placés à plat, comme les pessaires en gimblette ou mieux les pessaires ovalaires ou en huit de chiffre, qui prennent leur appui sur les parties latérales de l'extrémité inférieure du vagin et du plancher du bassin, sans comprimer le rectum ni la vessie, doivent être préférés. Ce sont au reste les seuls qui, dans beaucoup de cas de ce genre, peuvent être endurés. Malheureusement il arrive souvent qu'ils ne peuvent être maintenus dans les organes, faute de point d'appui, par suite de l'agrandissement considérable du diamètre transversal de l'ouverture du vagin, dont les parties latérales sont refoulées contre les branches ascendantes des ischions. Si ce léger allongement et ce demi-renversement du vagin coïncident avec un commencement de rectocèle ou de cystocèle, le pessaire en pelle (palaforme), si heureusement rappelé par notre savant collègue M. Hervez de Chégoin, peut être très utile ; j'ai même vu, dans deux cas de ce genre, le pessaire élytroïde inventé par M. le professeur Cloquet réussir : mais il faut, comme cela avait lieu chez nos deux malades, que l'ouverture vulvaire ne soit pas trop large, que la paroi postérieure du vagin et le cul-de-sac postérieur utéro-vaginal remontent plus haut, soient plus lâches qu'à l'état normal,

Digitized by Google

et que l'extrémité supérieure de l'instrument s'engage dans ce cul-de-sac, derrière le col qui passe au-devant de la cuvette sur laquelle il repose dans les cas ordinaires. Dans le cas qui nous occupe, le pessaire élytroïde, en même temps qu'il soutient la paroi antérieure du rectum, reporte en avant et en haut le col de l'utérus, et s'oppose même de la sorte à une descente de la paroi antérieure du vagin et du fond de la vessie sans exercer de pression douloureuse sur la matrice. Si, bien que l'allongement soit beaucoup plus considérable et que le vagin soit complétement ou presque complétement renversé et prolapsé, il est possible de réduire les parties et de les maintenir avec un pessaire sans inconvénient sérieux et sans accident, on devra le faire, la malade dût-elle porter cet instrument toute sa vie, et toute idée d'une opération sanglante sera rejetée. On se conduira de même si les malades, ne pouvant supporter aucune espèce de pessaire, les parties prolapsées peuvent être remontées jusqu'au-dessus de l'ouverture vulvaire, et maintenues en ce point par une plaque ovalaire soutenue par des courroies élastiques ou montée sur un ressort d'acier fixé lui-même sur une ceinture.

Malheureusement, la présence et la pression de cette plaque contre les organes sexuels ne peuvent guère être supportées que par les personnes aisées qui fatiguent peu, se reposent lorsqu'elles le veulent et prennent la position qui leur est la plus convenable. Chez les femmes du peuple, au contraire, qui fatiguent continuellement, souvent travaillent debout, se livrent à de fréquents efforts, comme les blanchisseuses, les journalières, les domestiques, il arrive souvent que cette plaque ne puisse être supportée, parce que, pour maintenir les parties, il faut la serrer beaucoup plus que chez les femmes du monde, et que cette pression finit par causer une gêne ou une douleur intolérable. Quelquefois même il arrive, bien que la plaque soit serrée, que l'utérus, qui représente une longue tige pyramidale dont la base est dirigée vers l'abdomen et supporte une grande pression, s'échappe sur l'un des côtés de l'instrument, qui ne peut jamais avoir beaucoup de largeur.

Indépendamment de ces graves inconvénients, il arrive fréquemment que les femmes sont obligées d'y renoncer, parce qu'il retient contre les organes tous les liquides utéro-vaginaux; qu'il provoque même une hypersécrétion des appareils sécréteurs vagino-vulvaires; qu'il agace, irrite, enflamme les parties et devient la cause du développement d'une

Digitized by Google

foule d'affections, telles qu'érythème, eczéma, herpès, ecthyma, folliculites, etc., et cela même chez les femmes les plus soigneuses. Un simple chauffoir qui serait bien maintenu et changé tous les jours aurait souvent moins d'inconvénients.

Si donc les moyens médicaux ont été inutiles, si les pessaires et la plaque sous-pelvienne n'ont pu maintenir les organes ou être endurés, il ne reste plus à offrir aux malheureuses femmes qui sont atteintes de cette affection, lorsqu'elle compromet leurs moyens d'existence ou leur vie, qu'un moyen chirurgical plus énergique et plus approprié à la nature de la maladie. Mais lequel? *L'ablation de la totalité de l'utérus?* Dieu nous garde d'avoir jamais recours à une semblable opération pour une maladie qui, en général, laisse vivre la femme. Pourquoi, d'ailleurs, enlever tout l'organe lorsque sa partie la moins importante, la plus facile à atteindre, est seule malade et que l'affection n'est pas de nature à envahir les parties voisines ni le reste de l'économie? Autant vaudrait désarticuler la cuisse pour une simple lésion du pied ou de la jambe. Aura-t-on recours au *rétrécissement du vagin* par les caustiques, l'excision, les pinces de M. Desgranges? à *celui de la vulve* par la cautérisation ou l'excision et la suture inventées et pratiquées par Fricke, et qu'il a désignées sous le nom d'épisioraphie? Mais qui ne sait que toutes ces méthodes et que tous ces procédés opératoires, après avoir eu une certaine vogue, ont été abandonnés à cause de leur infidélité? Les cas exceptionnels dans lesquels ils ont eu un succès définitif n'étaient probablement que des chutes de l'utérus sans allongement hypertrophique et sans augmentation du poids de l'organe, chutes qui devaient dépendre d'un relâchement et d'un agrandissement considérable du vagin ou de la vulve. On conçoit alors que le rétrécissement ou l'adhérence plus ou moins étendue de ces parties ait pu opposer une digue suffisante à une nouvelle chute de l'utérus, qui ne s'était porté au dehors que parce qu'il n'était plus soutenu ou même parce qu'il était attiré hors du bassin par les parois vaginales prolapsées. Aussi nous pensons que ces deux opérations, le rétrécissement du vagin et celui de la vulve, doivent rester dans l'art pour les chutes qui existent sans allongement considérable de l'organe, et qui sont consécutives à un relâchement, à un agrandissement du vagin et de la vulve, ou bien à une rectocèle ou à une cystocèle. Ces deux opérations ont chacune leurs indications particulières: et

Digitized by Google

ne doivent pas être indifféremment appliquées. C'est probablement aussi faute d'avoir su distinguer les cas dans lesquels chacune d'elles doit être pratiquée qu'on les a vues si souvent échouer. Employées contre l'allongement hypertrophique, que celui-ci soit primitif ou consécutif, elles doivent nécessairement et rigoureusement échouer, soit tout de suite, soit ultérieurement. Dans ce cas, en effet, lorsque l'on réduit la tumeur, et ce n'est pas toujours possible, on remonte dans le bassin la portion de la matrice saillante au dehors, et l'on substitue un déplacement à un autre en sens inverse. On fait, à la vérité, rentrer le col utérin dans l'excavation de la cavité pelvienne; mais on en fait sortir le corps de l'organe en le remontant et le refoulant dans la cavité du grand bassin ou dans celle de l'abdomen, si toutefois la laxité des ligaments, la résistance des parties environnantes et l'absence d'adhérences aux parties voisines le permettent; autrement on produit infailliblement une anté-, une rétro- ou une latéro-flexion, une anté-, une rétro- ou une latéro-version; d'où une foule de malaises, d'incommodités et quelquefois même des accidents dont les praticiens se sont mal rendu compte, ignorant l'allongement considérable qu'a éprouvé l'utérus. En admettant que ces inconvénients ou accidents ne se manifestent pas, on n'en a pas moins changé la situation, la direction générale et souvent la direction particulière de chacune des deux parties principales de l'organe gestateur qui déplace, comprime les viscères qui l'entourent, les sollicite à réagir contre lui pour le replacer dans sa position et sa direction naturelles: ce qui ne peut avoir lieu sans repousser le col utérin contre les parties qui viennent d'être avivées et cousues, et sans empêcher leur réunion immédiate, et cela sans parler de l'excédant de son poids, de sa forme cunéenne ou pyramidale renversée, qui tendent sans cesse à porter l'organe au dehors et à lui faire dilater et franchir la partie du conduit vulvo-utérin qui avait été rétrécie par l'opération, lorsqu'à l'aide de précautions et de soins elle avait d'abord réussi. Cette pression lente et continue du sommet de l'organe sur la partie rétrécie du vagin ou de la vulve est si énergique, qu'on a vu les lèvres de celle-ci se déplisser, s'allonger et former une seconde enveloppe au col de l'utérus, qui finissait à la longue par passer à travers la petite ouverture qui avait été ménagée par l'opérateur. Cette pression est, en effet, en raison directe de l'excès de la longueur et du volume de l'organe, pourvu que ce

Digitized by Google

volume reste au-dessous du diamètre du détroit supérieur du bassin ; autrement il se passerait ici ce qui se passe dans la grossesse et dans certaines maladies de l'utérus, c'est-à-dire que la matrice, qui avait d'abord été abaissée sous l'influence de l'augmentation de son poids et de son volume, s'élève, s'éloigne de l'ouverture vulvaire lorsque ses dimensions ne lui permettent plus de rester dans l'excavation pelvienne et l'obligent à passer au-dessus du détroit supérieur, qui lui offre alors un point d'appui solide.

Devra-t-on à l'élytroraphie ajouter l'excision du museau de tanche, comme paraît l'avoir fait avec succès, d'après M. Fontan, le docteur Chaumet (de Bordeaux), qui, après avoir enlevé une lanière latérale et longitudinale du vagin, excisa la portion sous-vaginale du col? Cette opération, un peu plus rationnelle que les précédentes, peut parfaitement convenir pour une simple chute de l'utérus sans dilatation considérable du vagin ; mais elle serait insuffisante pour un allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale avec précipitation de cette partie.

Vidal (de Cassis), en démontrant, dans son *Traité de pathologie externe* (1), l'inefficacité des opérations que nous venons d'indiquer, dit : « Je concevrais plutôt des chirurgiens qui s'adresseraient directement à » la matrice, et qui, la trouvant hypertrophiée, lui feraient éprouver une » perte de substance plus ou moins considérable : elle serait alors moins » lourde et moins disposée, par conséquent, à tomber. La pensée peut » aller jusqu'à une pareille opération, la pratique doit toujours s'en » abstenir. » Si Vidal eût connu l'allongement du col, le rôle important qu'il joue dans le plus grand nombre des affections désignées sous le nom de prolapsus utérin, et les obstacles qu'il apporte à la guérison, il n'eût certainement pas hésité à proposer l'opération dont nous parlerons plus bas. Mais comment l'eût-il conçue et exécutée? Jusqu'où eût-il porté l'excision de l'utérus? l'eût-il fait porter aussi sur le vagin? Ce sont là autant de questions auxquelles il est impossible de répondre, parce que Vidal n'avait entrevu qu'une des nombreuses indications à remplir : diminuer le poids de l'organe, afin qu'il fût *moins disposé à tomber*.

(1) Tome V, page 384 (Paris, 1855).

Digitized by Google

Dans l'allongement hypertrophique de l'utérus, accompagné de la précipitation du col et du renversement du vagin au point de simuler une chute complète de l'organe gestateur, les indications thérapeutiques à remplir sont presque aussi nombreuses et aussi variées que les lésions dont l'ensemble constitue la maladie.

Lorsque, d'après l'avis de presque tous les auteurs, on commence par réduire et par chercher à maintenir réduit un utérus ainsi hypertrophié, que l'on a cru complétement et seulement prolapsé, on ne remplit aucune des véritables indications réclamées par la nature de la maladie. Aussi arrive-t-il souvent que la réduction ne puisse être ostensiblement obtenue pour personne, ou bien lorsqu'on croit l'avoir obtenue, on a tout simplement replacé l'utérus à l'intérieur, mais dans une situation et une direction vicieuses ; et il arrive plus fréquemment encore que cette mauvaise réduction ne puisse être maintenue à cause de l'imperfection des moyens contentifs ou des accidents plus ou moins sérieux qui en sont la conséquence, accidents qui se manifestent immédiatement ou quelque temps après, et qui exigent qu'on laisse ressortir la tumeur. Les ouvrages les plus répandus sont pleins de faits semblables que les auteurs n'ont pas su expliquer et auxquels ils n'ont rien su opposer.

Dans cette affection, après s'être occupé du traitement étiologique et médical, ainsi que des principales complications qui peuvent entraver la guérison, il faut appliquer le moyen chirurgical qui remplira le plus grand nombre des indications que réclame l'état anatomo-pathologique des parties, et qui sont :

1° A part les exceptions que j'ai indiquées plus haut, pages 420 et 421, de ne pas réduire un utérus qui, par ses dimensions anormales, est devenu pour la cavité pelvi-abdominale un véritable corps étranger auquel il faut donner une nouvelle place, au préjudice des autres organes et souvent même au préjudice de ses propres fonctions, lorsqu'on est obligé de le courber ou de le dévier pour le faire rentrer;

2° D'alléger l'organe de l'excès de son poids;

3° D'enlever la longueur anormale qu'il présente;

4° D'amener, si faire se peut, par l'action consécutive du même moyen, la réduction des autres diamètres de l'utérus;

5° De diminuer circulairement les dimensions de l'extrémité supé-

Digitized by Google

rieure du vagin, afin d'obtenir un rétrécissement circulaire régulier non interrompu (sorte de pessaire en gimblette) qui maintienne la matrice au-dessus de lui ;

6° D'affaiblir la traction que la base de la vessie et la paroi antérieure du rectum exercent sur le vagin, et en vertu de laquelle celui-ci attire l'utérus au dehors. Il ne faut pas oublier que, dans ce cas, il y a toujours complication de cystocèle et souvent de rectocèle, soit primitive, soit consécutive;

7° De tonifier et de rétrécir l'ouverture de la vulve, qui est en général affaiblie et élargie;

8° Je ne parle pas de l'indication de fortifier et même de raccourcir, s'il était possible, les liens de l'utérus, puisqu'à la médecine seule appartient cette tâche si difficile à remplir, pour ne pas dire impossible. Je l'ai, au reste, signalée au commencement de ce chapitre (1).

Ces indications sont, comme on le voit, très nombreuses, trop nombreuses même, pour qu'aucune opération chirurgicale, aussi bien combinée qu'elle soit, puisse les remplir toutes, et il faut convenir que ni les moyens ni les procédés opératoires qui ont été inventés et appliqués jusqu'à ce jour, et qui pour la plupart s'adressent uniquement à la vulve ou au vagin, sont incapables de remplir, je ne dis pas l'ensemble de ces indications, mais les principales. Aussi ne réussirent-ils que dans quelques cas exceptionnels où le chirurgien avait affaire à une simple chute de l'utérus sans allongement de cet organe.

C'est en face de cette nécessité de trouver une méthode mieux appropriée à la nature de la maladie, et encouragé, enhardi je devrais dire, par les avantages que j'avais obtenus de la résection de la portion sous-vaginale du col dans la première espèce d'hypertrophie, que je songeai à pratiquer une opération plus radicale et plus complète, qui non-seulement attaquerait le mal dans sa source, mais encore remédierait à la plupart des autres lésions et complications qui l'accompagnent, opération qui consisterait à enlever avec l'extrémité supérieure du vagin la totalité de la hauteur du col et au besoin la partie inférieure du corps

(1) Je prie le lecteur de se rappeler que je pose ici les indications que présente l'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col, accompagné de renversement du vagin, et non celles d'une simple chute de la matrice.

Digitized by Google

de l'utérus, en l'évidant de dehors en dedans après avoir préalablement décollé la vessie de la partie qui doit être enlevée.

Par le fait même de l'exécution de cette opération, les trois premières indications sont de suite remplies.

La quatrième, qui consiste dans la réduction des autres diamètres de l'organe, est accomplie graduellement et lentement par le dégorgement, la suppuration, le retrait et la cicatrisation de la partie inférieure du corps de l'utérus. Il se passe ici ce que l'on voit arriver tous les jours à la portion d'un membre que l'on ampute dans la continuité. Ce retrait graduel du volume de l'organe a encore pour avantage non-seulement de diminuer son poids, mais de le rendre moins accessible aux efforts d'expulsion en diminuant l'étendue de sa surface.

La cinquième indication est parfaitement et ultérieurement accomplie par la cicatrisation de la plaie circulaire non interrompue faite au vagin et le retrait consécutif de la cicatrice, qui fronce, comme l'entrée d'une bourse, la partie supérieure de ce conduit.

Lorsque la cystocèle et la rectocèle sont consécutives, la sixième indication, qui est de remédier à ces affections, se trouve remplie par l'ablation du col et la réduction toujours possible alors du reste de la tumeur.

Cette opération n'a, au contraire, qu'une influence médiocre sur ces deux affections lorsqu'elles sont primitives et ont été en partie cause de l'allongement et de la chute du col. Il faut alors diriger contre elles un traitement spécial; mais ce traitement ne saurait complétement réussir si préalablement on n'a pas enlevé l'excès de la longueur du col: c'est ce qui nous est arrivé de faire deux fois avec succès (obs. XXX et XXXI).

La septième et dernière, qui est de rétrécir la vulve et l'extrémité inférieure du vagin, échappe seule à l'opération; mais elle est, dans ce cas, d'une faible importance, puisque l'expérience nous a démontré un grand nombre de fois déjà que, quand les autres conditions étaient remplies, l'utérus et le vagin ne se précipitaient plus au dehors. On pourrait, au reste, pratiquer ultérieurement l'épisiorrhaphie si l'utérus avait de la tendance à se porter au dehors.

Mais, dira-t-on, tout en reconnaissant que votre opération remplit la plupart des conditions nécessaires pour obtenir la guérison de cette maladie, c'est là un acte chirurgical exagéré, grave même, employé contre une infirmité parfaitement compatible avec la vie. En décollant

Digitized by Google

a vessie vous pouvez ouvrir ce réservoir, blesser l'un des uretères ; vous pouvez, en détachant la paroi postérieure du vagin de la partie correspondante du col, ouvrir le péritoine; il peut survenir une hémorrhagie, une métrite, une péritonite, un phlegmon des ligaments larges, une phlébite, une angioleucite, une infection purulente, etc. Nous comprenons parfaitement que tous ces accidents, à la rigueur, puissent avoir lieu, et nous nous sommes fait à nous-même ces objections que les faits nous ont démontré être plus spécieuses que solides.

Et d'abord, cette affection n'est-elle le plus souvent qu'une simple infirmité comparable à une hernie ordinaire, par exemple, ou même à une hernie irréductible non étranglée? Oui, jusqu'à un certain point, chez les femmes du monde qui peuvent prendre tous les soins hygiéniques nécessaires, qui peuvent se dispenser de travailler, et, en général, peuvent maintenir la tumeur réduite. Mais chez la femme du peuple, ou même chez celle d'un artisan aisé, mère de famille, qui est obligée de donner l'exemple du travail, appellerez-vous infirmité une tumeur qui l'empêche de gagner sa vie; qui, au bout d'un certain temps, ne peut plus être réduite, ou qui, si elle peut l'être, ne peut être maintenue si cette femme s'occupe? Appellerez-vous infirmité la présence entre les cuisses d'une tumeur qui la gêne, l'embarrasse, la fait souffrir dans le plus simple mouvement du corps, qui l'oblige à prendre une position très fatiguante et non naturelle qui décèle aux yeux de tous son affection? qui quelquefois, lorsque la malade est debout depuis un certain temps, lui cause des douleurs qui vont jusqu'à la syncope; qui trouble la défécation, la miction, qui est une cause assez fréquente de rétention d'urine ou d'incontinence? Dans ce dernier cas, l'affection est plus grave qu'une simple fistule vésico-vaginale, car avec l'écoulement permanent de l'urine, la malade a encore à supporter tous les autres inconvénients et accidents de sa tumeur. Et cependant, dans certains cas de fistule, M. Jobert n'a pas craint, et avec raison, de décoller la vessie de l'utérus pour remédier à cette dégoûtante affection (1). Enfin, oublie-t-on que cet état est souvent accompagné de métrorrhagies plus ou moins abondantes et rebelles, de troubles graves dans les fonctions du tube digestif; que la tumeur est parfois très douloureuse; que, souillée par les urines et les matières fécales, irritée par les frottements

(1) *Traité de chirurgie plastique*, Paris, 1849, t. II. — *Traité des fistules vésico-utérines, vésico-utéro-vaginales, etc.*, Paris, 1852.

Digitized by Google

et les froissements de tous genres, elle s'enflamme et se couvre dans les deux tiers des cas d'ulcérations plus ou moins nombreuses et étendues? Sur nos 64 malades, 46 avaient des ulcérations sur la tumeur, et dans les auteurs où des cas de précipitation ont été rapportés avec soin, on voit que presque constamment la tumeur était ulcérée.

Mais ce n'est pas tout : ces malheureuses femmes sont exposées à voir des calculs urinaires se développer dans la portion de la vessie entraînée par l'utérus. Nous allons en citer plusieurs exemples.

Ruysch rapporte avec détail l'observation d'une femme dont la vessie renfermait quarante-deux calculs (1).

Saviard rapporte qu'au mois d'octobre 1692 il trouva une grosse pierre dans la vessie d'une fille âgée de vingt-cinq ans qui était atteinte depuis douze ans d'une chute de matrice. Il opéra et guérit la malade (2).

Colot a retiré cinq calculs de la vessie et a ensuite réduit l'utérus : la guérison eut lieu en huit jours (3).

Gaubius (4) rapporte l'observation d'une fille de vingt-huit ans, atteinte depuis plusieurs années d'un prolapsus de la matrice, qui rendit spontanément et à plusieurs reprises des calculs par sa tumeur. M. Gosselin, qui a rappelé ce cas, ne doute pas qu'ils ne vinssent de la vessie.

Levret, dans son *Traité des polypes*, p. 142, après avoir rapporté un exemple de chute de la matrice avec renversement, dit : « La vessie ressemblait assez à une petite gourde ou calebasse. La portion qui était dans le sac *était tapissée d'une grande quantité d'incrustations pierreuses très friables....* »

M. le professeur J. Cloquet, dans l'ouvrage que j'ai déjà cité, en a rapporté un cas ; il y avait deux calculs.

Dugès et madame Boivin (5) en ont rapporté un exemple. Il y avait plusieurs petits calculs.

M. Cruveilhier dit : « qu'il a rencontré plusieurs fois des calculs urinaires dans le vaste cul-de-sac formé par la partie déplacée de la vessie (6).

(1) *Observations anat.-chirurg.*, 1.
(2) *Nouveau recueil d'observations chirurgicales*, p. 93.
(3) *Traité de l'opération de la taille*, Paris, 1727.
(4) *Journal de médecine* de Vandermonde, Paris, 1759, t. XI, p. 32.
(5) *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*, Paris, 1833, t. I.
(6) *Traité d'anatomie pathologique*, Paris, 1849, t. I. p. 575.

Digitized by Google

Blandin, en 1842, a rencontré dans son service de l'Hôtel-Dieu une femme âgée de cinquante et un ans dont la vessie était remplie de calculs et de matière lithique : l'utérus était prolapsé depuis plus de vingt ans (1).

Le musée Dupuytren en renferme un cas très curieux.

M. Morel-Lavallée en a rapporté un autre exemple dans la *Bibliothèque du médecin praticien*. La vessie renfermait trois ou quatre calculs.

Enfin, j'en ai observé un exemple qui sera rapporté plus loin.

Il n'est pas extrêmement rare de voir la gangrène s'emparer de la tumeur, et une fistule urinaire ou la mort en être la conséquence. Toutefois, il peut arriver que cette mortification des tissus ne porte son action que sur le col utérin et sur une partie de l'épaisseur des parois du vagin. Dans ce cas, la guérison peut avoir lieu. C'est ce qui est arrivé l'année dernière (1857) sur une jeune femme de mon service.

Un accident formidable auquel ces malades sont très exposées, et qui souvent leur coûte la vie, est la péritonite aiguë ou chronique qui peut se manifester sous l'influence de la cause la plus légère. Trois malades atteintes de prolapsus du col et de chute du vagin, que j'ai vues promptement succomber à une maladie intercurrente, ont dû toutes les trois leur mort à une péritonite. L'un de nos plus savants collègues des hôpitaux et de l'Académie me disait ces jours derniers qu'il avait perdu une de ses clientes d'une péritonite suraiguë, après avoir réduit et maintenu à l'aide d'un pessaire un prolapsus utérin dont cependant la réduction n'avait été ni difficile, ni douloureuse.

Si, enfin, à ce tableau, que je suis loin d'avoir trop rembruni, car il n'est que l'expression fidèle des faits, on joint le grave inconvénient d'être privée de l'usage de l'appareil sexuel, d'être exposée aux incommodités et accidents que cette continence forcée peut amener, on joint la triste calamité d'être un objet de répulsion et de dégoût pour la personne dans l'intimité de laquelle la femme doit vivre, on comprend son ardent désir d'être débarrassée d'une semblable affection, et qu'il soit du devoir du praticien de ne rien négliger pour rétablir sa santé, pour la mettre à l'abri des accidents les plus graves, tout en la faisant rentrer dans la vie commune.

(1) Observation de M. Ferra, *Bulletin de la Société anatomique*, année 1843.

Digitized by Google

Cette opération, à laquelle elle devra ce grand avantage, sa régénération, si je puis ainsi dire, est-elle aussi grave et aussi difficile à exécuter qu'on pourrait le croire au premier abord? Non; tous les accidents primitifs ou opératoires, tels que lésion de la vessie, des uretères, du péritoine, hémorrhagies, peuvent être facilement évités avec de l'attention et la connaissance exacte de la disposition anatomo-pathologique des parties. Il ne faut pas oublier que dans ce cas on agit à ciel ouvert, les organes étant placés hors du bassin et sous la main, ce qui rend leur dissection presque aussi sûre que sur le cadavre et permet de lier les vaisseaux à mesure qu'ils sont divisés. Il n'en serait pas de même s'il fallait pratiquer cette opération dans l'enceinte pelvienne. C'est alors qu'on pourrait dire qu'elle est hérissée de difficultés et de dangers. Mais, exécutée dans les conditions dont nous parlons, il est toujours aisé d'éviter ces accidents opératoires. Quatorze fois déjà j'ai pratiqué cette opération sans avoir blessé ni ouvert aucune des parties environnantes et sans hémorrhagie.

Quant aux accidents consécutifs, tels que métrite et péritonite graves, phlegmons des ligaments larges, phlébite, angioleucite, infection purulente, hémorrhagie secondaire, je ne pense pas qu'il sera toujours aussi facile d'en prévenir le développement; cependant aucune de nos malades n'a été atteinte jusqu'à ce jour de l'une ou de l'autre de ces affections.

Une seule de nos opérées mourut le seizième jour de l'opération d'accidents cérébraux qui nous avaient d'abord fait craindre une infection purulente; mais l'autopsie, faite avec le plus grand soin, démontra que la plaie utéro-vaginale était complétement cicatrisée; qu'il n'y avait pas la moindre trace d'inflammation aiguë de l'utérus ou de ses annexes, pas plus que de suppuration dans le péritoine ou les vaisseaux veineux et lymphatiques. Elle démontra au contraire l'existence d'une méningo-encéphalite et de deux tubercules dans le lobe antérieur droit du cerveau, qui avaient été cause de la mort. Au reste, afin que le lecteur puisse juger par lui-même, j'ai rapporté avec les plus grands détails cette observation, qui a été recueillie par le docteur Courot, alors interne du service.

Si jusqu'à présent nous avons été assez heureux pour ne pas voir ces accidents consécutifs se manifester, je pense qu'il faut attribuer ce résultat aux précautions que nous avons prises avant l'opération, et aux

Digitized by Google

soins consécutifs que nous avons donnés nous-même à nos malades. Les précautions qui doivent être prises sont :

1° De choisir un moment opportun. Le plus favorable est évidemment celui qui suit la terminaison des règles ; l'appareil sexuel est alors moins excité et moins congestionné; la malade a devant elle vingt jours au moins de repos utéro-ovarique pendant lesquels la plaie pourra se cicatriser, et les phénomènes du traumatisme se terminer avant la manifestation du molimen menstruel. C'est le plus sûr moyen d'éviter l'hémorrhagie secondaire et même les inflammations ultérieures. Si la malade a eu récemment une inflammation utérine ou péritonéale, il faut attendre que les accidents soient complétement dissipés depuis plusieurs mois avant d'opérer.

2° De soumettre la malade au repos horizontal pendant quelques jours.

3° De la purger l'avant-veille, non-seulement afin de vider le canal intestinal et de laisser ainsi plus d'espace libre dans la cavité abdominale, mais encore d'éviter les efforts de la défécation pendant les dix ou douze premiers jours qui suivront l'opération, ainsi que la compression que le rectum, rempli et dilaté par les matières, pourrait causer sur l'utérus et son appareil vasculaire. J'ai souvent vu des métrorrhagies, qui ne reconnaissaient d'autre cause que cette compression, cesser comme par enchantement après l'évacuation de l'intestin.

4° Et c'est là une des précautions que je regarde comme des plus importantes, de déterminer à la peau, et cela dans une assez vaste étendue, une inflammation éruptive sur les jambes, la partie externe des cuisses et les flancs. On a alors un phénomène physiologico-pathologique qui occupe la nature et s'oppose à la naissance d'une autre inflammation. Cette éruption, cette dermatose aiguë et passagère, qui est très facilement déterminée par quelques gouttes d'huile de croton tiglium, doit être entretenue pendant les vingt ou vingt-cinq premiers jours, sans toutefois la rendre assez intense pour causer des douleurs bien manifestes ou de la fièvre : le but serait alors dépassé.

L'opération ne doit être pratiquée que quand l'éruption commence à se développer.

5° Il est urgent, si surtout on opère en hiver, de tenir chaudement enveloppées les parties du corps qui, pendant l'opération, seront placées hors du lit.

Digitized by Google

Les appareils instrumental et de pansement se composent :

Le premier, d'une sonde d'homme en argent, d'une pince de Museux ou d'une érigne double, d'un bistouri droit ordinaire, ou mieux d'un bistouri droit étroit et tronqué; de plusieurs pinces à disséquer, de pinces larges à ligature, de pinces porte-épingle et porte-aiguille, d'aiguilles courbes enfilées, d'un ténaculum, ou mieux d'une aiguille courbe à pointe mobile devant servir de ténaculum à demeure; de bonnes et fortes épingles recourbées en hameçon et attachées à l'extrémité d'un fil, d'une pince incisive, de fils à ligature; enfin, d'un écraseur linéaire de M. Chassaignac, si l'on ne veut pas terminer l'opération par l'instrument tranchant.

Le deuxième, d'une grosse mèche en charpie de la longueur du vagin, couverte de cérat et garnie à son centre d'un tronçon de gomme élastique; un porte-mèche, une sonde de gomme élastique, des plumasseaux de charpie, des compresses, un bandage en T double, de la poudre de colophane, du perchlorure de fer, des boulettes ou de petites éponges munies d'un fil, plusieurs pinceaux de charpie.

Comme cette opération n'est pas très douloureuse lorsqu'elle est exécutée entièrement avec l'instrument tranchant, je pense qu'il vaut mieux se passer du chloroforme et n'avoir recours à ce moyen que quand la malade l'exige ou lorsque l'on doit se servir de l'écraseur.

Cette ablation complète du col s'opère en quatre temps. Dans le premier, on divise les parois postérieures du vagin et de l'utérus jusqu'à la cavité de l'organe; dans le second, on divise la paroi antérieure du vagin et l'on détache le fond de la vessie de la paroi antérieure du col utérin; dans le troisième, on tranche cette paroi antérieure; dans le quatrième, on réduit le reste de la tumeur et on procède au pansement.

Manuel opératoire. — La malade est placée sur un lit de spéculum, ou sur le bord d'un lit ordinaire, les cuisses tenues par deux aides.

Les lignes ponctuées sur la figure 7 de la planche II indiquent le trajet que parcourt, dans cette opération, l'instrument tranchant.

Premier temps. — Le chirurgien, placé en face des organes, saisit fortement, avec une pince de Museux, l'extrémité inférieure du col ou la lèvre postérieure de son ouverture, puis attire modérément la tumeur en haut et en avant comme pour l'amener au-devant du pubis. Cette légère traction a pour effet de tendre la paroi postérieure du vagin, qui se

Digitized by Google

laisse plus facilement diviser, et elle éloigne les parties sur lesquelles doit porter le tranchant de l'instrument du cul-de-sac postérieur du péritoine. Il confie ensuite cette pince à un aide, qui la maintient dans la même position, puis il introduit le doigt indicateur gauche dans le rectum pour reconnaître, à travers la paroi antérieure de cet intestin, la situation et la profondeur du cul-de-sac péritonéal. C'est ce doigt qui guide le tranchant du bistouri, c'est la boussole de l'opérateur; c'est lui qui apprend au chirurgien que son instrument s'éloigne ou se rapproche du péritoine, dont on doit éviter la lésion.

Le tout étant ainsi disposé, il divise avec un bistouri la paroi postérieure du vagin à l'aide d'une incision horizontale et semi-lunaire, dont la concavité, dirigée en avant et en haut, embrasse la moitié postérieure du museau de tanche. Cette incision est pratiquée de la droite à la gauche du col, dans l'insertion même du vagin à cette partie, et doit se tenir dans les limites de cette insertion. Faite sur un autre point, elle exposerait à ouvrir le péritoine ou à laisser une portion de la matrice malade. Elle est donc pratiquée à une distance variable de l'orifice utérin, suivant que la portion sous-vaginale du col a conservé ses dimensions normales, ou bien est le siége d'un engorgement ou d'une hypertrophie excentrique plus ou moins considérable. Dans le premier cas, elle est exécutée à 1 centimètre 1/2 au plus du bord postérieur de l'orifice; dans le second, à 2 ou 3 centimètres. Le tranchant de l'instrument doit être dirigé de bas en haut et d'arrière en avant vers l'axe de la cavité utérine; on est encore plus certain en lui donnant cette direction d'éviter le péritoine. — L'incision doit avoir 3 ou 4 millimètres de profondeur, et doit être exécutée, dans toute sa longueur, qui est de 4 à 5 centimètres, d'un seul coup et sans aucune hésitation. Les autres incisions qui sont faites dans la même direction, mais successivement en remontant et en se portant de plus en plus vers l'axe de la cavité utérine, doivent être exécutées avec plus de lenteur et de ménagement, afin d'éviter plus sûrement l'ouverture du péritoine, et que si, par hasard, elle avait lieu, elle fût de peu d'étendue. Pendant que le chirurgien, avec l'indicateur de la main gauche, introduit médiatement dans le cul-de-sac péritonéal, suit et guide l'action de la lame, et qu'avec le pouce de la même main, resté au dehors, il refoule en haut et en arrière la lèvre, ainsi que le plan postérieur de l'incision, l'aide attire doucement

Digitized by Google

et graduellement le col en haut et en avant. Bientôt la fermeté des tissus et leur résistance à l'action du tranchant annoncent au chirurgien qu'il est arrivé jusqu'à la substance propre de l'utérus. Dès lors, l'ouverture du cul-de-sac péritonéal n'est plus à craindre, et l'opérateur peut retirer le doigt de dedans le rectum pour saisir, s'il le juge convenable, le col avec les doigts, et lui imprimer plus facilement que l'aide la direction et le degré de traction nécessaires. Ces dernières incisions doivent être faites hardiment et avec une certaine force à cause de la fermeté du tissu; elles doivent toujours être exécutées de bas en haut et de dehors en dedans, en avançant dans l'épaisseur de la substance utérine jusqu'à ce que la lame arrive dans la cavité de l'organe, ce dont on est averti par le défaut de résistance, par la sensation des doigts qui ont remplacé la pince de Museux, et la vue, lorsque les aides épongent convenablement la plaie. Si les artères sont nombreuses et volumineuses, on les lie à mesure; sinon, après, lorsqu'on est arrivé dans la cavité utérine. Ordinairement, on a deux ou trois ligatures à placer, quelquefois aucune.

On commence l'opération par la division des parois postérieures du vagin et du col : 1° parce que c'est le temps le plus difficile et le plus délicat, celui dans lequel on est le plus exposé à léser le péritoine; 2° parce que si cette lésion avait lieu, on pourrait suspendre l'opération; 3° parce que l'on voit nettement les parties et qu'on est moins gêné par le sang qui viendrait s'épancher sur elles si l'on eût commencé par diviser la paroi antéro-supérieure; 4° enfin parce que, comme dans toute manœuvre chirurgicale qui doit amener la perte d'une assez grande quantité de sang, on doit en général terminer par la division des parties qui renferment le plus de vaisseaux; or, dans la section des parties antérieures et dans le décollement de la vessie, on en divise plus que dans celle de la paroi postérieure.

Deuxième temps. — Cette première partie de l'opération étant exécutée, on passe immédiatement à la seconde. Ici la difficulté ne consiste pas à éviter la lésion du péritoine, mais bien celle de la vessie. Pour éviter cet accident, on introduit une algalie jusqu'au fond du prolongement que cet organe envoie dans la tumeur; puis on soulève et fait saillir cette partie jusqu'à ce qu'elle soit sensible au doigt et à l'œil. Alors le chirurgien confie l'instrument à un aide qui le maintient exactement dans sa position; puis il saisit le bord antérieur de l'ouverture

Digitized by Google

du col avec la pince de Museux, la confie à un autre aide, fait tirer légèrement le col en bas et en arrière pendant que le cul-de-sac vésical est reporté en haut et en avant. Par ce double mouvement des parties en sens inverse, le prolongement vésical est éloigné du col en même temps que les tissus qui doivent être divisés sont tendus d'avant en arrière. Avec le pouce et l'indicateur de la main gauche placés sur les côtés du bout de la sonde, l'opérateur s'assure de nouveau de la situation exacte du prolongement vésical, en même temps qu'il tend les tissus transversalement.

Toutes ces dispositions et précautions étant prises, il divise, à 1 centimètre environ au-dessous de la saillie formée par le bout de la sonde la paroi antérieure du vagin en pratiquant une incision horizontale et semi-lunaire, à convexité supérieure, qui embrasse la partie antérieure du col, et dont les extrémités rejoignent celles de la première incision. Quelquefois je me suis abstenu de la sonde; c'était lorsqu'il existait un assez grand intervalle entre le prolongement vésical et le bord antérieur de l'orifice du col.

Cette section ne doit pas du premier coup atteindre toute l'épaisseur de la paroi vaginale; on s'exposerait ainsi à léser la portion de la vessie qui peut être restée sous-jacente. A l'aide d'incisions légères on arrive jusqu'à la face antérieure du col et sous le prolongement vésical. On reconnaît facilement ces parties à leurs caractères physiques, qui sont très différents. La sonde, qui est devenue inutile, est enlevée avec les doigts de la main gauche; le chirurgien saisit la vessie, la repousse en haut derrière le vestibule et le pubis, pendant qu'avec de légers coups de bistouri portés transversalement il divise les adhérences celluleuses qui unissent le fond de la vessie à la partie antérieure du col. Cette séparation des deux organes peut être opérée en hauteur dans l'étendue de 3, 4 ou 5 centimètres, suivant le besoin, sans avoir la crainte d'atteindre le cul-de-sac péritonéal antérieur. Transversalement il ne faut pas la porter au delà de 3 centimètres 1/2; on s'exposerait à blesser les uretères.

On procède, à mesure ou immédiatement après le décollement, à la ligature des artères; il faut s'attendre à en lier une ou deux, quelquefois plus.

Troisième temps. — L'opérateur fait maintenir en haut, derrière le

Digitized by Google

vestibule, la portion de vessie décollée. Il saisit avec la main gauche la partie antérieure du col, le tend légèrement, puis le divise à coups de bistouri en agissant de bas en haut et d'avant en arrière, de manière à remonter dans l'utérus. Avant de terminer complétement la section de la paroi antérieure du col, il fait la ligature des artères du tissu utérin si elles sont assez volumineuses pour nécessiter cette petite opération; faute de prendre cette précaution, il peut voir l'utérus lui échapper et remonter spontanément dans le bassin avant d'avoir eu le temps de lier ces vaisseaux : cela nous est arrivé une fois. Il est même bon, avant de compléter la séparation, de placer dans l'épaisseur de la lèvre postérieure de la plaie utérine, et non dans la partie vaginale de la solution, une pince de Museux qui est confiée à un aide, afin de maintenir l'organe au dehors, parce qu'il pourrait arriver que la dernière partie à diviser renfermât une artère assez volumineuse pour que sa section donnât lieu à un écoulement de sang suffisamment abondant pour inquiéter ou affaiblir la malade.

La partie retranchée de l'utérus a la forme d'un cône dont la base répond au museau de tanche, et la plaie vagino-utérine celle d'un entonnoir; la partie la plus rétrécie de cette plaie répond à la cavité de l'utérus.

Quatrième temps. — La portion excédante étant enlevée, on réduit dans le bassin le reste de l'utérus et le vagin; on met dans celui-ci une grosse mèche couverte de cérat et garnie à son centre d'un tronçon de sonde en gomme élastique, afin qu'elle conserve sa forme cylindrique et maintienne mieux l'utérus dans la position qui lui a été assignée. Le tout est maintenu à l'aide de charpie, de compresses et d'un bandage en T double.

Comme il est bon que le réservoir de l'urine ne soit pas distendu par le séjour de ce liquide, que la malade ne fasse pas de mouvement, et que l'appareil reste autant que possible en place, pendant au moins les premières vingt-quatre heures, je place ordinairement dans la vessie une petite sonde de gomme élastique garnie d'un fausset, et que j'introduis seulement de 2 ou 3 centimètres dans la cavité de l'organe. Elle est maintenue par les pièces de l'appareil. On peut de cette façon évacuer l'urine sans rien déranger du pansement.

La malade est ensuite portée dans son lit, couchée sur le dos, les cuisses rapprochées et le bassin plus élevé que le reste du corps, les

Digitized by Google

extrémités tenues très chaudement, afin d'activer l'éruption cutanée. Quelquefois je fais pratiquer de nouvelles frictions pour animer davantage l'éruption ou l'étendre sur une plus grande surface.

Si, après avoir terminé la section du col et lié les vaisseaux qui donnaient du sang en jet, celui-ci continue à couler en nappe et assez abondamment, avant de réduire la tumeur et de la maintenir par l'introduction de la mèche, on placera sur le centre de la plaie une boulette de charpie fortement trempée dans la poudre de colophane, ou bien on passera sur la surface de la plaie utérine et non sur celle du vagin, celui-ci ne donnant que rarement du sang, un pinceau trempé dans une dissolution de perchlorure de fer; on aura la précaution de ne pas laisser couler ce liquide sur la plaie vaginale ou on l'enlèvera tout aussitôt. On peut aussi arrêter le sang en plaçant sur la plaie utérine une boulette de charpie trempée dans le perchlorure, ayant toutefois la précaution de ne pas la charger d'une telle quantité de ce médicament qu'il s'en écoule sur les portions voisines.

Si nous prenons tant soin de recommander de ne pas laisser couler cette substance sur les autres parties de la plaie, c'est parce que, bien qu'on ait affirmé le contraire, elle est véritablement caustique et qu'elle pourrait déterminer une eschare dangereuse, soit du côté de la vessie, soit du côté du cul-de-sac postérieur du vagin très aminci, et vers lequel se trouve le péritoine.

Il est important d'entrer ici dans quelques détails relativement à la ligature des artères. Celles qui se trouvent dans les parois vaginales et celles qui rampent dans le tissu cellulaire qui unit la vessie à l'utérus se laissent assez facilement saisir avec la pince à disséquer ordinaire, la pince à ligature de M. Mathieu ou le ténaculum; mais il n'en est pas de même de celles qui parcourent l'épaisseur du tissu utérin. On éprouve les plus grandes difficultés pour les saisir, même avec la pince la plus parfaite. Lorsqu'on croit les avoir prises et liées, la pince est à peine retirée qu'on s'aperçoit qu'on n'a rien saisi, ou tout au plus quelques fibres du tissu utérin, et l'artère continue à donner. On la saisit de nouveau, et plus profondément, en prenant avec elle une certaine partie du tissu ambiant (on ne saurait faire autrement, le vaisseau ne pouvant être pris isolément et attiré au dehors); on place et serre fortement la ligature, on enlève la pince, puis, au bout de quelques se-

Digitized by Google

condes ou d'une minute, le fil se détache et tombe spontanément; le sang coule de nouveau. Si, pour saisir le vaisseau et le lier plus profondément, on se sert du ténaculum, le même phénomène se passe le plus souvent après que l'on a retiré l'instrument. Le fil reste en place; le vaisseau saisi est oblitéré tant que le ténaculum n'est pas enlevé. C'est pourquoi, depuis longtemps déjà (mai 1853), au lieu de me servir de cet instrument qu'il faut nécessairement retirer, je me sers, pour saisir le vaisseau, d'une forte et bonne épingle recourbée en hameçon et à la tête de laquelle est attaché un long fil. Une ligature est jetée et serrée sur les parties prises par l'épingle, dont la pointe est coupée à 1 millimètre au-dessous du nœud, afin d'éviter qu'elle pique et blesse les parties voisines. Le tout est laissé en place et tombe du troisième au cinquième jour. D'autres fois, au lieu de ces épingles, je me sers d'aiguilles courbes à pointe mobile qui est enlevée sitôt que la ligature est jetée et serrée sur l'aiguille. On gagne ainsi beaucoup de temps, et l'on évite la perte d'une certaine quantité de sang, tout en mettant la malade à l'abri d'une hémorrhagie consécutive. Je connais un de mes collègues les plus habiles qui, faute d'avoir suivi ce procédé, a réappliqué quatre fois la même ligature sans qu'elle ait pu être maintenue. Il semble que le tissu utérin saisi se retire de dedans le nœud par son élasticité et sa contractilité organiques. Au reste, sa densité et son élasticité sont de grands obstacles à ce qu'il puisse être saisi par une pince et embrassé dans l'anse d'un fil. Je m'en suis souvent assuré sur la partie d'utérus qui venait d'être enlevée.

Lorsqu'on se sert de l'écraseur linéaire pour enlever la portion susvaginale du col, cet instrument ne peut être appliqué qu'après qu'on a séparé avec soin cette partie de l'utérus de celles qui l'entourent; autrement, si la séparation n'était pas complète, on serait exposé à ouvrir le péritoine ou la vessie, et même ces deux parties à la fois.

Dans cette opération, l'écraseur n'évite donc pas l'action de l'instrument tranchant; il ne peut servir qu'à la section du tissu propre de l'utérus. Je m'en suis déjà servi deux ou trois fois dans ce but lorsque le col était volumineux et pourvu d'un grand nombre d'artères.

Si cet instrument expose moins à l'hémorrhagie, il a en revanche l'inconvénient de rendre l'opération plus douloureuse, plus longue, et a surtout le grave défaut de couper les tissus perpendiculairement et non

Digitized by Google

obliquement de bas en haut, de telle sorte qu'on ne peut enlever une longueur aussi considérable du col que quand on se sert du bistouri, à moins qu'avant de l'appliquer on isole la matrice dans une plus grande étendue; mais on produit plus de dégâts, on est beaucoup plus exposé à blesser les culs-de-sac du péritoine, et il n'empêche pas toujours les vaisseaux utérins de donner du sang en assez grande quantité.

S'il arrivait que dans le premier temps de l'opération on eût le malheur d'ouvrir le cul-de-sac péritonéal postérieur, il faudrait tout aussitôt réunir cette plaie à l'aide d'un point de suture très léger, en évitant avec le plus grand soin de comprendre le péritoine dans l'anse du fil. L'opération serait suspendue, et l'on prendrait tout de suite toutes les précautions nécessaires pour éviter le développement d'une péritonite.

La lésion de la vessie dans le second temps de l'opération serait un accident beaucoup moins grave qui ne devrait pas la faire suspendre; on réunirait aussitôt la plaie vésicale à l'aide d'un ou deux points de suture placés dans l'épaisseur des parois de l'organe, sans traverser sa membrane muqueuse; une sonde de gomme élastique introduite dans la vessie serait laissée ouverte, afin que l'urine puisse s'écouler à mesure au dehors. Je suis presque certain que ce léger accident ne compliquerait pas beaucoup les suites de l'opération.

Les soins que l'on a donnés à la malade, avant et après l'opération, devront être continués pendant les quinze ou vingt premiers jours, afin d'éviter le développement des accidents consécutifs. La sonde devra être débouchée toutes les cinq ou six heures, afin d'éviter une distension pénible de la vessie; on aura soin que la malade ne se découvre pas. On lui aura administré une potion calmante et antispasmodique; dans les premiers jours, on ne la nourrira qu'avec des bouillons et des potages, à moins qu'elle soit sans fièvre et qu'elle ait véritablement de l'appétit, auquel cas on pourra accorder une portion d'aliments.

Lorsque le besoin se fera sentir d'évacuer l'intestin, on fera auparavant administrer un lavement, afin d'éviter les efforts et leurs conséquences. Le pansement ne devra être complétement défait et la mèche renouvelée que le deuxième ou le troisième jour, mais pas plus tard, parce que les liquides sécrétés par la plaie et le sang épanché dans le vagin se décomposent très facilement, et leur résorption pourrait causer de la fièvre et des accidents d'infection putride. Quand les parties

Digitized by Google

n'ont pas une grande tendance à se porter de nouveau au dehors et qu'il ne s'est pas écoulé de sang, on peut, dès le lendemain, enlever la mèche et ne pas la remplacer tout de suite. Si elle gêne par trop la malade, on se contente de soutenir la partie inférieure du vagin avec de la charpie et des compresses maintenues par un simple bandage. Pour procéder aux premiers pansements, on mettra la malade en travers de son lit, les jambes soutenues par des aides, et bien enveloppées. La mèche enlevée, on fera une injection vaginale abondante avec de l'eau tiède avant d'introduire la nouvelle mèche.

Les suites immédiates de l'opération sont habituellement, dès le soir même, un peu de fièvre et quelques légères douleurs dans le bas-ventre. Une de mes malades a éprouvé des coliques utérines assez vives; mais, comme chez les autres malades, le ventre était souple et sans tuméfaction. J'ai vu des malades qui n'avaient pas même de fièvre, et qui, dès le soir, eussent voulu manger. Une de nos dernières opérées, qui ne se trouvait pas bien dans la position où nous l'avions mise, se leva dans la nuit même qui suivit l'opération, fit son lit à son goût, et se recoucha. Aucun accident ne se manifesta à la suite de cette imprudence. Quelques-unes ont eu quelques accidents nerveux, tels que frissons, nausées, vomissements glaireux; une d'entre elles a eu un léger commencement de métro-péritonite qui s'est promptement dissipée. Ordinairement, il s'écoule de la plaie une assez grande quantité de sang pour traverser l'appareil et tacher l'alèze placée sous la malade, mais pas assez pour constituer une hémorrhagie et nécessiter la levée du pansement pour faire un tamponnement. Toujours cet écoulement s'est arrêté spontanément sans avoir compromis les suites de l'opération; peut-être même est-il bon qu'il ait lieu dans une certaine mesure.

Du quinzième au vingtième jour, la plaie est ordinairement cicatrisée et les organes ont éprouvé les modifications suivantes : l'extrémité supérieure du vagin est rétrécie, froncée, plissée; elle présente une cicatrice rougeâtre, allongée de 2 centimètres environ, et au fond de laquelle on voit et sent un petit mamelon, du volume du bout du doigt, percé à son centre d'une petite ouverture transversale (pl. X, fig. 2; pl. XI, fig. 3) : c'est la partie inférieure de l'utérus. La matrice, au bout de deux ou trois mois, est moins volumineuse, moins longue surtout qu'immédiatement après l'opération; elle diminue de 1 à 1 centimètre 1/2. Il

Digitized by Google

faut attribuer ce retrait consécutif de l'organe au dégorgement et à la suppuration qui ont suivi la solution de continuité, ainsi qu'à la rétraction causée par la cicatrice.

Une question importante qui domine tout le sujet, et dont nous avons maintenant à nous occuper, est celle de la récidive. D'après la nature de la maladie, le mécanisme habituel de son développement et la principale indication thérapeutique qu'elle présente, il était presque certain que l'amputation de la totalité du col, accompagnée d'une perte de substance circulaire faite à l'extrémité supérieure du vagin, la guérirait radicalement, ainsi que la plupart des lésions et complications qui s'y rattachent. Mais ce n'était là qu'une vue théorique qui avait besoin d'être confirmée par les faits; ceux-ci, qui sont déjà en nombre assez considérable, nous ont démontré, même au bout d'un temps fort long, que l'utérus et l'extrémité supérieure du vagin restaient réduits. Toutefois, lorsque la maladie est précédée et en partie déterminée par une déchirure plus ou moins étendue du périnée, d'une cystocèle ou d'une rectocèle volumineuse, l'opération guérit la chute plus ou moins complète de l'utérus et du vagin, mais elle ne guérit pas la hernie de la vessie ou du rectum. Il faut alors pratiquer une opération secondaire et particulière pour chacune de ces deux dernières affections. C'est ce qu'il nous est arrivé de faire avec succès sur les malades des observations nos XXX et XXXI.

Une circonstance qui contre-indique tout à fait l'opération est celle dans laquelle il y a tout à la fois un bassin et une ouverture vulvaire fort larges, un périnée plus ou moins déchiré, et un affaiblissement considérable de toutes les parties molles qui forment le plancher du bassin. Chez une femme que nous avons opérée dans ces conditions, et sur laquelle plusieurs méthodes avaient déjà été tentées inutilement, la maladie reparut au bout de quatre mois. On devra encore renoncer à l'amputation de la portion sus-vaginale du col, bien que celui-ci soit le siége d'une hypertrophie longitudinale, si le corps de l'utérus, étant complétement précipité hors du bassin, est en rétroflexion de telle façon que le fond de l'organe soit plus bas que le col. Je sais cependant que mon savant collègue M. Chassaignac a pratiqué, avec succès et sans récidive, cette opération sur une malade chez laquelle existait un allongement hypertrophique du col avec chute complète et rétroflexion du

Digitized by Google

corps de l'organe. Dans toutes les autres circonstances, l'affection ne reparaît pas. Nous avons vu des malades six mois, un an, dix-huit mois, deux ans, et même sept ans après l'opération, qui étaient parfaitement guéries et débarrassées des incommodités et des accidents que détermine cette maladie. Il en a été de même chez les six malades qui ont été opérées par M. Chassaignac.

Voici les faits sur lesquels les données thérapeutiques et chirurgicales que nous venons d'établir reposent, faits et observations qui sont au nombre de quatorze pour ce qui me concerne.

OBSERVATION XX. — *Allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col de l'utérus. — Prolapsus utérin. — Chute et renversement complet du vagin. — Léger catarrhe utérin. — Métrorrhagies abondantes, cystite. — Ulcérations de la tumeur. — Amputation de la portion hypertrophiée du col. — Guérison.* (Dessin de M. Hamon, pl. III, fig. 3.)

Le 27 février 1850, est entrée à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Clotilde, n° 275, la nommée Blé... mar..., âgée de cinquante-huit ans, blanchisseuse.

Cette femme, qui est grande et d'une bonne constitution, a été réglée pour la première fois à l'âge de treize ans, toujours bien et sans souffrance jusqu'après sa troisième couche. Mariée à vingt-trois ans, elle a constamment, et de très bonne heure, été occupée à des travaux pénibles. Elle eut son premier enfant au bout de deux ans de mariage. L'accouchement fut lent et très douloureux. Après quarante-huit heures de souffances, on fut obligé de lui faire prendre deux prises d'une poudre noirâtre, dans de l'eau, probablement du seigle ergoté. L'enfant vint mort. Elle eut de la fièvre et de fortes douleurs dans le ventre pendant les trois ou quatre premiers jours. Elle se leva le douzième jour et reprit bientôt son travail.

De temps en temps, surtout au moment des règles qui étaient abondantes durant huit jours, elle éprouvait de la pesanteur vers la partie, du tiraillement, de la faiblesse dans les reins.

Deux ans après, nouvel accouchement. Il se fait promptement, sans grandes souffrances. L'enfant est bien portant; les suites de couches sont heureuses. Elle commit l'imprudence de se lever le sixième jour et de reprendre presque tout de suite ses occupations habituelles. Peu de temps après se manifestent de la pesanteur sur l'anus, des besoins fréquents d'uriner, des tiraillements, des douleurs dans les reins lorsqu'elle reste longtemps debout, ce que malheureusement nécessite sa profession. Par instant, ces douleurs sont assez fortes pour la condamner au repos. A la suite d'une vive discussion avec son mari, au moment de ses règles, elle eut une perte abondante qui dura douze jours.

Au bout de deux ans et demi, une troisième grossesse survint. L'accouchement et les suites se passèrent bien. L'accouchement fut encore plus rapide que le deuxième : elle eut une petite fille. Cette fois, plus imprudente encore, elle se lève le cinquième jour pour vaquer à ses occupations de ménage : le douzième jour, elle reprend l'exercice de sa profession.

La première réapparition de ses règles fut une véritable perte qui fut suivie de fleurs blanches abondantes qu'elle a toujours gardées. La gêne, l'embarras, la pesanteur qu'elle éprouvait vers la partie, devinrent plus intenses; les douleurs de reins plus fortes. Un jour, faisant un

Digitized by Google

effort en tordant du linge, elle sentit quelque chose qui s'engageait dans l'ouverture de la partie et avait de la tendance à sortir. Enfin à quelque temps de là, en soulevant un baquet plein d'eau et de linge, elle sentit un craquement dans le bas des reins, et une grosseur sortit par la vulve. Elle en fut aussitôt avertie par la sensation qu'elle éprouva, et la main qu'elle porta sur cette région.

Elle se décida alors à aller consulter un médecin, M. Canuet père, médecin des hôpitaux, qui lui conseilla le repos au lit et l'application d'un pessaire en gimblette. Ce pessaire ne put être conservé à cause de la gêne habituelle qu'il causait, des douleurs que parfois il déterminait sur la vessie et le rectum. Il fut remplacé par un pessaire en bondon qui ne causa aucune gêne vers la vessie ni le rectum, mais détermina une tension pénible et même douloureuse derrière le pubis et à l'hypogastre. La malade était obligée, sitôt qu'elle était levée, de le maintenir constamment avec un chauffoir, sinon, il tombait, ce qui arrivait même quelquefois, malgré le chauffoir, lorsqu'elle faisait un brusque mouvement. Cet instrument devint si gênant et quelquefois si pénible, qu'elle finit par y renoncer.

Peu à peu, la tumeur sortit davantage, et finit par acquérir les dimensions considérables qu'elle présente aujourd'hui. C'est surtout, dit-elle, pendant la maladie qui enleva son mari, que la tumeur s'accrut le plus : elle était alors debout nuit et jour. La tumeur devint douloureuse et s'ulcéra ; elle saignait fréquemment.

Les menstrues perdirent leur régularité et furent remplacées par des pertes qui venaient tous les deux ou trois mois, surtout lorsque Blé... avait beaucoup fatigué.

Depuis, un écoulement continuel, tantôt glaireux, tantôt sanguinolent, d'autres fois purulent, et quelquefois réunissant tous ces caractères, eut lieu par la tumeur qui exhalait une odeur très désagréable.

La malade maigrit et finit par perdre ses forces, au point de ne plus pouvoir continuer sa profession. C'est dans cet état qu'elle entra à l'hôpital.

Le 28 février, à l'examen de la malade, on trouve entre les cuisses, sortant de la vulve, une tumeur allongée cylindroïde, un peu plus renflée toutefois vers sa partie moyenne que vers ses extrémités.

Cette tumeur est formée par la matrice dont on voit l'orifice à la partie inférieure, et par le vagin qui est complétement renversé. Elle offre une longueur de 10 centimètres et demi, mesurée du méat urinaire à la lèvre postérieure qui descend un peu plus bas que la lèvre antérieure, de sorte que l'orifice utérin est placé, non au centre de l'extrémité inférieure de la tumeur, mais un peu en avant ; il a 1 centimètre et demi d'étendue transversale, et laisse suinter un mucus épais, filant, d'un blanc jaunâtre. La surface est d'un gris rosé. Les plis vaginaux sont effacés, excepté en avant et en haut sous le méat urinaire. On remarque çà et là des écailles épidermiques ; des ulcérations irrégulières, large comme une pièce de 2 fr., existent, l'une en avant, l'autre en arrière de la tumeur. Elles fournissent une matière grisâtre sanieuse, d'une odeur très désagréable.

L'hystéromètre, introduit dans la cavité utérine, pénètre sans aucun obstacle à une profondeur de 14 centimètres. On peut, par le toucher hypogastrique, sentir le fond de l'utérus soulevé par l'hystéromètre. Il est placé à 1 centimètre environ au-dessous du bord supérieur de la symphyse pubienne.

Lorsque l'on touche et palpe la tumeur avec soin, on reconnaît :

1° Que son ensemble est souple, doux, mollasse même, et fluctuant en avant, ce qui tient à un prolongement de la vessie dans ce point.

2° A sa partie inférieure, une tumeur ferme, dure, élastique, qui part du museau de tanche

Digitized by Google

pour remonter au centre de la masse, et du vagin renversé à une hauteur de 5 centimètres environ, et se continuer, après avoir diminué très sensiblement de volume, par une tige centrale et cylindrique avec le corps de la matrice situé dans le bassin. Pour bien juger le point de départ et l'aboutissant de cette tige centrale, il faut toucher la malade par le rectum. Par cette voie seule, on peut apprécier le volume et la véritable situation du fond de l'utérus qui avait déjà été en partie indiquée par l'hystéromètre.

La tumeur se laisse réduire jusqu'à la vulve avec la plus grande facilité, mais si l'on veut pousser la réduction plus loin pour poser un pessaire, on ne peut y réussir; elle ressort du bassin sitôt que la malade se met debout ou fait un effort.

L'ouverture vulvaire est très agrandie en tous sens, ce qui explique pourquoi les pessaires ne peuvent rester en place.

Les besoins d'uriner sont très fréquents et irrésistibles, la miction est difficile. L'urine est plutôt lancée en haut qu'en avant; aussi retombe-t-elle sur la tumeur qu'elle irrite et enflamme, et ulcère.

Connaissant par la narration que m'avait faite la malade l'inutilité des efforts tentés par un homme habile pour la guérir, voyant les souffrances qu'elle endurait, la faiblesse dans laquelle les métrorrhagies l'avaient jetée, l'irréductibilité complète de la tumeur et l'impossibité dans laquelle elle était de subvenir à ses besoins, je n'hésitai pas à lui proposer une opération nouvelle basée sur les véritables indications réclamées par la nature de son affection et qui me semblait dès lors devoir mieux réussir que toutes celles qui avaient été inventées, pratiquées en vain, et auxquelles j'avais eu recours moi-même inutilement.

Je commençai par laisser reposer la malade pendant quelques jours, je lui ordonnai un bain tous les deux jours et une tisane rafraîchissante d'orge, de chiendent et de réglisse, et deux portions d'aliments.

Le 1er mars, purgation avec l'eau de Sedlitz, frictions sur les jambes et les cuisses avec 10 gouttes d'huile de croton tiglium pour chaque extrémité, afin d'avoir par avance une action révulsive.

Le lendemain 2, la malade étant placée sur le lit du spéculum, comme pour l'application de cet instrument, après avoir reconnu de nouveau jusqu'où descend la vessie en avant et le cul-de-sac péritonéal postérieur (recto-vaginal) en arrière, je procède à l'opération de la manière suivante :

Je saisis avec une pince de Museux la lèvre postérieure du col, ou pour mieux dire, la partie postérieure, car les lèvres sont effacées, et j'attire en avant et en haut la tumeur, afin de l'allonger davantage et de tendre légèrement les tissus. Je confie cet instrument à un aide qui est chargé de le maintenir dans cette position; j'introduis le doigt indicateur de la main gauche dans le rectum et je le porte en déprimant la paroi antérieure de l'intestin jusqu'à la partie inférieure du cul-de-sac recto-vaginal qu'il soulève. Avec un bistouri tronqué, je fais à la demi-circonférence inférieure et postérieure, dans l'insertion même du vagin, une incision demi-circulaire à concavité supérieure et antérieure longue de 4 centimètres. Une seconde incision entre immédiatement dans le tissu utérin qui est coupé obliquement de bas en haut et d'arrière en avant par des incisions successives jusqu'à ce que j'arrive dans la cavité du col, à 5 centimètres et demi de hauteur. Le doigt indicateur, resté dans le rectum, sentait et guidait l'action de la lame. Les sections terminées, le doigt fut retiré de dedans le rectum.

Dans ce premier temps de l'opération, trois artères furent coupées et liées tout de suite : je passai au second temps.

La pince de Museux saisit la partie antérieure du col et la porte en bas et un peu en arrière.

Digitized by Google

Une sonde d'argent, fortement courbée, est portée par l'urèthre dans la portion herniée de la vessie, afin de tendre et de soulever la partie inférieure qui est ainsi clairement indiquée. L'indicateur et le pouce de la main gauche, placés au-dessous, la protégent en même temps qu'ils tendent les tissus transversalement. Une incision pareille à la première, mais à concavité inférieure et postérieure, est pratiquée sur la partie antérieure de la base du museau de tanche, dans l'épaisseur de l'insertion du vagin, immédiatement au-dessous des doigts, et, par conséquent, de la vessie. A l'aide de trois ou quatre coups de bistouri, je détache cet organe de la paroi antérieure du col. Pendant ces incisions, la portion vésicale détachée est repoussée par les doigts d'un aide en haut et en arrière, vers la face postérieure du pubis. Deux artères sont ouvertes et liées.

Après avoir décollé l'adhérence utéro-vésicale dans l'étendue de 3 centimètres et demi environ et fait maintenir la vessie relevée, j'entre dans l'épaisseur du tissu utérin en le divisant obliquement de bas en haut et d'avant en arrière. Deux artères sont ouvertes ; je les lie avant de terminer la section. Il m'a fallu, pour bien les saisir, me servir du ténaculum. Ces deux ligatures placées, un dernier coup de bistouri sépare les parties. Aussitôt l'utérus nous échappe et remonte de lui-même à sa place. La malade a perdu tout au plus deux verres de sang. Une grosse mèche de charpie, bien enduite de cérat, de la longueur du vagin, et portant à son centre un tronçon de sonde de gomme élastique, est introduite dans le vagin, maintenue par quelques plumasseaux de charpie, des compresses et un bandage en T double. Cette mèche est destinée à maintenir l'utérus à sa place et à conserver au vagin sa longueur ; c'est pourquoi elle porte à son centre un morceau de grosse sonde, afin d'éviter son tassement.

La portion du col enlevée a 6 centimètres et demi de longueur : elle représente un cône tronqué dont la base répond à la portion sous-vaginale du col. Son organisation présente les caractères du tissu de l'utérus à l'état sain. Seulement la membrane muqueuse autour du col était un peu plus épaisse, villeuse, et offrait quelques follicules muqueux dilatés et enflammés.

Sitôt après le pansement, la malade est reportée dans son lit, couchée sur le dos, le bassin plus élevé que le reste du corps. Potion calmante. Tisane de tilleul et de feuille d'oranger. Par précaution, des onctions mercurielles sont faites sur le ventre et les flancs. Une saignée conditionnelle est ordonnée.

Le soir à cinq heures, pas d'hémorrhagie. L'appareil est seulement traversé par le sang. Pas de douleur soit à la partie, soit au ventre ; fièvre légère ; la malade désire prendre un bouillon qui lui est accordé. L'éruption causée par l'huile de croton commence à paraître. A onze heures du soir, la malade est tourmentée d'un besoin irrésistible d'uriner : l'interne de garde est appelé ; il relâche l'appareil et sonde la malade qui est immédiatement soulagée, et ne tarde pas à s'endormir jusqu'au lendemain matin.

Le 3, état très satisfaisant : pas de fièvre ; pas de douleur ; les pièces extérieures du pansement sont seules changées. La malade a de l'appétit : deux bouillons et deux soupes.

Le 4, même état : aucun accident n'est survenu ; on change la mèche. Avec elle sortent des caillots de sang noir qui s'étaient formés dans le vagin. Une portion d'aliments est accordée.

Les 5, 6 et 7, tout continue à bien se passer. L'éruption causée par l'huile de croton est abondante et d'un rouge vif. Chaque vésiculo-pustule renferme du pus à son centre. Le 7, deux portions d'aliments sont accordées ; la mèche a été changée tous les jours sans douleur. La suppuration est abondante.

Le 6, j'ordonne préventivement un julep gommeux avec 1 gramme d'alcoolature d'aconit : il est continué jusqu'à la fin de la suppuration qui a lieu vers le 27 mars.

A cette époque, je trouvai la plaie presque cicatrisée. La malade se sent si bien qu'elle de-

Digitized by Google

mande la permission de se lever, permission qui lui est accordée pour le lendemain 26.

Le 14 avril, la malade sort guérie. Le 18, nous l'avions examinée au spéculum, et reconnu les faits suivants : l'extrémité supérieure du vagin est trouvée plissée et comme mamelonnée. Au centre se trouve une cavité rougeâtre, au fond de laquelle on voit et on sent les restes du col de l'utérus; la cavité n'est pas oblitérée. Lorsque la malade se met debout ou fait un effort, l'utérus reste à sa place; mais comme la vulve est encore très large, on voit saillir vers son ouverture, et au moment de l'effort seulement, la partie inférieure des parois antérieure et postérieure du vagin : il y a une légère tendance à la rectocèle et à la cystocèle.

Vers la fin de juin, Blé... vint à la consultation de l'hôpital, et nous pûmes constater que la guérison s'était maintenue; depuis, nous ne l'avons plus revue.

Observation XXI. — *Allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col. — Prolapsus de cette partie. — Chute et renversement complet du vagin; ulcération de la tumeur; pessaires inutiles. — Amputation du col. — Guérison radicale jusqu'à la mort de la malade, qui a eu lieu sept ans après par gangrène sénile des extrémités inférieures. — État des organes sexuels.* (Dessin de M. Hamon, pl. IX, fig. 1 et 2.)

Aub... Mar... Éti..., âgée de cinquante-neuf ans, fille, blanchisseuse, demeurant à Courbevoie, entrée à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Clotilde, n° 385, le 10 juillet 1850, pour une chute de la matrice.

Cette femme rapporte qu'elle a été réglée pour la première fois à quatorze ans, toujours régulièrement et abondamment jusqu'à l'âge de quarante-six ans; a eu un seul enfant à dix-neuf ans. Elle croit que c'est seulement à partir de la cessation de ses règles que la tumeur qu'elle porte entre les cuisses a commencé à se manifester; elle s'est développée peu à peu sans autre cause que les fatigues de sa profession. Elle est obligée de la soutenir avec des linges fixés à une ceinture : sitôt que cette espèce de pessaire est enlevée, la tumeur descend et pend entre les cuisses. Deux pessaires de formes différentes ont été essayés et n'ont pu maintenir la tumeur, qui a toujours continué à s'accroître et à la faire de plus en plus souffrir. Depuis trois ans déjà elle ressent des douleurs dans les reins et dans les aines. Aujourd'hui ces douleurs sont devenues assez intenses pour l'empêcher de se tenir debout et de se livrer au rude travail de blanchisseuse : c'est ce qui l'a déterminée à entrer à l'hôpital.

État actuel. — La tumeur, qui pend entre les cuisses, mesurée de son sommet au méat urinaire, a une longueur de 10 centimètres 1/2, une largeur de 6 centimètres 1/2 vers le milieu de sa hauteur; à son extrémité supérieure, elle n'offre qu'une largeur de 4 centimètres. Il en résulte qu'elle a la forme d'un ovoïde dont la grosse extrémité est dirigée en bas; aussi la malade la compare à un œuf d'oie. Elle est formée par le col de l'utérus et par le vagin presque complétement renversé. En avant, ce conduit se continue sans démarcation sensible avec le tubercule antérieur et la base des nymphes. En arrière, au contraire, le vagin n'est pas entièrement renversé; il existe encore entre la fourchette et le pédicule de la tumeur une rainure, un sillon demi-circulaire qui a 1 centimètre 1/2 de profondeur, et dont les extrémités viennent se perdre insensiblement en avant et en haut sur les parties latérales de la tumeur et de la vulve.

Un peu en avant de l'extrémité inférieure, on voit le col de l'utérus, dont les lèvres sont effacées; sa base, assez large, se confond avec l'extrémité supérieure des parois du vagin renversées; son orifice, qui a près de 2 centimètres d'étendue transversalement, présente, vers la commissure gauche, un petit kyste du volume d'un pois. Un prolongement de la vessie dans la partie antérieure de la tumeur forme une saillie qui devient tendue et luisante lorsque la malade fait

Digitized by Google

un effort pour uriner. Une sonde portée dans ce prolongement vésical montre qu'il s'étend jusqu'à 2 centimètres 1/2 de l'orifice du col. Deux ulcérations irrégulières de l'étendue d'une pièce de 1 franc existent, l'une sur la face latérale gauche, l'autre au sommet. La surface de tout le reste de la tumeur est luisante et d'un gris rosé. L'hystéromètre introduit dans la cavité utérine accuse une longueur de 13 centimètres. Du méat urinaire au bord antérieur de l'orifice du col, on trouve 9 centimètres.

Toute la masse est souple et douce au toucher, à l'exception de la partie visible du col et du centre de la tumeur, où l'on sent un prolongement cylindrique qui remonte jusque dans le bassin pour se continuer avec le corps de l'utérus. Il est très facile de reconnaître cette prolongation en portant le doigt dans le rectum. Si l'hystéromètre est laissé en place, le doigt porté dans la voie que nous venons d indiquer peut suivre l'instrument jusqu'au fond de la cavité utérine. Entre le doigt porté dans le rectum et ceux qui palpent en avant la base de la tumeur, on sent ce prolongement de la portion sus-vaginale du col. Cette partie paraît offrir moins de volume que celle qui répond à l'insertion du vagin.

Nous avons fait connaître les accidents et les troubles fonctionnels qu'éprouvait la malade, aussi n'y reviendrons-nous pas. — La réduction ne peut être complétement obtenue ni maintenue sans souffrance; l'utérus se courbe comme un arc de cercle, ce qui explique l'insuccès des pessaires.

Prescription. — Tisane commune, un bain, deux portions d'aliments.

Le 13, apozème purgatif.

Le 14, un bain, le matin; le soir, frictions avec seize gouttes d'huile de croton sur les cuisses.

Le 16, l'éruption causée par l'huile de croton était en pleine évolution; j'opérai la malade, c'est-à-dire que j'enlevai, par la même méthode que j'avais pratiquée sur Blé..., le museau de tanche et la portion sus-vaginale du col. Comme dans ce cas l'utérus avait moins de longueur, je me contentai d'en enlever 4 centimètres. Cinq artères seulement furent coupées et liées à mesure. Avant de donner le dernier coup de bistouri, je fixai l'utérus au niveau de l'ouverture vulvaire avec une pince de Museux implantée sur la lèvre inférieure de la plaie, afin que, si une artère était ouverte dans la dernière incision, il me fût facile de la saisir et de la lier sans voir l'utérus et le vagin rentrer dans le bassin sitôt après l'extirpation complète des parties. La malade fut pansée, reconduite et couchée dans son lit, comme la première.

La partie enlevée était le siége d'une simple hypertrophie; le petit kyste qui était situé vers la commissure gauche du col renfermait un liquide muqueux, blanchâtre, onctueux, épais et filant. A part ses parois propres, la membrane muqueuse qui les recouvrait était épaissie et un peu indurée.

Le soir, pas de fièvre, pas de douleurs abdominales; légère céphalalgie; la malade se plaint des cuissons et de la chaleur que lui cause l'éruption déterminée par l'huile de croton.

Le lendemain 17, la nuit a été bonne : la malade a dormi environ six heures en deux fois; pas de fièvre, la douleur de tête a disparu; ce qui fixe surtout l'attention de la malade, c'est la rougeur des membres causée par l'éruption. Deux bouillons, deux soupes.

Le 18, un peu de tension abdominale; du reste, pas de douleur, pas de fièvre; il y a de l'appétit. Lavement; deux portions d'aliments.

Les 19, 20, 21, la malade continue à bien aller, aucun accident n'est survenu; elle urine et va à la selle facilement et sans souffrances. Le 23, nous trouvons la plaie rétrécie des deux tiers.

Le 6 août, la plaie est presque entièrement guérie; l'extrémité supérieure du vagin est rétrécie et froncée comme une bourse.

Digitized by Google

Le 7 septembre, Aub..., se sentant entièrement rétablie, demande sa sortie. Au fond du vagin on voit un petit canal qui mène à l'utérus.

Depuis cette époque, je n'avais plus entendu parler de cette femme, lorsque, le 15 janvier 1857, elle entra à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Robert, pour une gangrène sèche des extrémités inférieures. Je la trouvai dans ce service un jour que je remplaçais mon collègue, et j'appris d'elle que depuis sa sortie de l'hôpital elle avait repris son travail ordinaire et qu'elle ne fut plus obligée de porter de bandage; elle ne vit jamais reparaître la tumeur extérieure. Les tiraillements dans les aines étaient complétement disparus; elle n'éprouvait aucune douleur, aucune fatigue, en un mot aucun symptôme qui rappelât son ancienne maladie. La santé a toujours été très bonne, et avant sa gangrène elle supportait le travail, dit-elle, comme une femme qui n'aurait jamais été malade du côté des organes sexuels.

Voici ce que le toucher nous apprend : le doigt pénètre jusqu'à 5 centimètres au-dessus de l'ouverture vulvaire, puis il s'engage dans un cul-de-sac conique à sommet supérieur, étroit, pouvant recevoir à peine la pulpe du doigt.

L'extrémité vulvaire du vagin est au contraire très large; au fond du cul-de-sac on sent une sorte de bride résistante; mais il est impossible de reconnaître le col utérin.

La main appliquée sur la région hypogastrique, pendant le toucher vaginal, ne perçoit aucun mouvement et n'en transmet aucun au doigt placé dans le vagin.

Bientôt la gangrène fit des progrès rapides, et cette femme mourut le 4 mars, à la suite d'accidents d'infection putride. J'ai fait moi-même l'autopsie et examiné avec le plus grand soin les organes génitaux. Voici en quel état je les ai trouvés : les parties étant enlevées et le vagin fendu, au fond de ce conduit on remarque un petit infundibulum à surface lisse et polie, dont le fond arrondi présente un 1/2 centimètre d'étendue; vers la partie droite de la base de ce cul-de-sac aboutit le vestige du col de l'utérus, qui n'en est séparé que par une couche de tissu extrêmement mince : elle offre à peine 1 millimètre d'épaisseur.

Une cicatrice circulaire, lisse et luisante, entoure la base de cet infundibulum. En avant, cette cicatrice répond à la partie postérieure du bas-fond de la vessie. En ce point la paroi vaginale n'existe pas.

En arrière, la cicatrice répond à l'extrémité inférieure du cul-de-sac recto-utérin, et n'est séparée du péritoine que par une épaisseur de 4 millimètres.

La longueur totale de ce qui reste de l'utérus est de 5 1/2 centimètres. La largeur au niveau de l'insertion des ligaments de l'ovaire, est de 5 centimètres; l'épaisseur des parois est de 1 centimètre.

La communication de la cavité utérine avec le cul-de-sac cicatriciel est interrompue par une membrane qui a à peu près 1 millimètre d'épaisseur.

La cavité du corps de l'utérus a conservé à peu près sa dimension normale, grâce sans doute à un polype cellulo-muqueux et vasculaire qui a le volume d'une grosse amande. Le polype, à base sessile, prend naissance au milieu de la paroi postérieure de l'utérus. Tout le reste du tissu utérin est sain.

Annexes. — Le cul-de-sac utéro-vésical, bien que la vessie soit très dilatée, offre une profondeur de $5^{c},2^{mm}$. Le cul-de-sac utéro-rectal a 9 centimètres de profondeur.

Les ovaires sont sains et ont conservé un volume assez considérable.

Dans toute l'étendue des annexes utérines et de la surface de l'utérus, on n'observe aucune trace d'inflammation aiguë ou chronique; toutes ces parties offrent l'aspect le plus naturel. Toutefois l'extrémité libre du pavillon de la trompe gauche présente, au sommet de l'une de ses lacinures, un kyste séreux, clair, transparent, ayant la forme et le volume d'une grosse

Digitized by Google

cave; sa petite extrémité est adhérente au sommet de la laciniare du pavillon de la trompe.

Le feuillet postérieur du cul-de-sac utéro-rectal, dans sa partie supérieure, présente, comme chez la malade de la XVI^e^ observation, une large bride qui entraîne la partie supérieure du rectum vers le fond de l'utérus, et par conséquent dans la base de la cavité que formait le vagin, lorsqu'avant l'opération il était renversé.

OBSERVATION XXII. — *Allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col ; prolapsus ; renversement presque complet du vagin ; métrorrhagies. — Application de deux pessaires, un intra-utérin ; accidents. — Amputation du col. — Guérison.* (Observation rapportée par M. Boucher, dans son mémoire pour le prix des hôpitaux, année 1852.)

Le 28 août 1851, est entrée à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Clotilde, n° 387, une femme nommée Dor... Lou... Adé..., âgée de cinquante ans, blanchisseuse.

Elle raconte qu'elle fut reglée à dix-neuf ans, sans aucune difficulté, que ses règles ont toujours été très régulières jusqu'au moment où la matrice est tombée.

Mariée à vingt-quatre ans, elle eut trois enfants ; toutes ses couches furent heureuses ; la dernière eut lieu il y a treize ans. Il y a près de deux ans que, sans cause connue, la matrice a commencé à descendre et à se montrer au dehors. En peu de temps la grosseur qui pendait entre les cuisses acquit le volume d'un œuf de dinde. Depuis cette époque la malade éprouve des envies fréquentes d'uriner, et une constipation très opiniâtre ; la marche est douloureuse ; le vagin renversé est le siége d'un prurit très incommode qui oblige la malade à se gratter jusqu'au sang. Tous ces accidents disparaissent quand la malade garde le repos au lit. Les menstrues sont toujours venues à époque fixe ; elles dégénèrent quelquefois en métrorrhagies abondantes qui épuisent les forces. Elle se plaint, en outre, d'éprouver un écoulement blanc légèrement transparent, visqueux, âcre, qui irrite la partie supérieure et interne des cuisses.

Après avoir consulté un médecin de la ville qui lui plaça un pessaire, la malade garda le repos pendant quelque temps ; puis elle reprit son travail ; mais bientôt elle se vit dans la nécessité d'enlever ce pessaire qui lui causait des douleurs dans la matrice, augmentait l'écoulement et déterminait une malpropreté repoussante.

C'est dans cet état que Dor... se décida à entrer à l'hôpital le 22 août 1851.

La matrice fait au dehors de la vulve une saillie de 9 centimètres. Le vagin est presque complétement renversé. Entre le pédicule de la tumeur et l'ouverture vulvaire, il existe une rainure circulaire qui a 2 centimètres de profondeur en arrière et 1 centimètre environ en avant.

La paroi vaginale, rouge et sèche, sensible au toucher, présente çà et là de petites écorchures, résultat de l'action des ongles.

L'extrémité vaginale du col qui occupe le centre du sommet de la tumeur, est plus volumineuse et plus rouge qu'à l'état normal.

L'hystéromètre porté dans la cavité utérine annonce une longueur de 11 centimètres.

Le doigt indicateur droit porté dans le rectum suit la tige de l'hystéromètre jusqu'au fond de l'utérus qui est encore à 4 centimètres passés, au-dessus de l'ouverture de la vulve. Une légère pression exercée de bas en haut fait rentrer la tumeur avec la plus grande facilité.

Tisane commune, bain d'eau de son, cataplasme de fécule de pommes de terre sur les parties irritées de la vulve et des cuisses ; maintien de la réduction de la tumeur par le repos au lit et un bandage en T double par-dessus le cataplasme.

Digitized by Google

Comme à cette époque le pessaire intra-utérin jouissait d'une certaine réputation ; comme M. Valleix, auquel je montrai la malade, m'assura qu'il avait guéri des cas semblables avec cet instrument ; comme, de plus, la malade avait été obligée de renoncer à une autre espèce de pessaire, et que l'hypertrophie du col n'était pas très considérable et le vagin entièrement renversé, je jugeai convenable d'avoir recours à ce nouvel instrument, et de ne pratiquer l'amputation du col que s'il venait à échouer.

Le 2 septembre, en présence de M. Valleix, j'appliquai le pessaire intra-utérin ; mais bientôt il se manifesta de la fièvre, des douleurs intenses dans la matrice. Bain, cataplasmes sur le ventre ; lavements émollients.

Le 4, les douleurs sont un peu calmées.

Dans la nuit du 5 au 6 septembre, les douleurs reparaissent et deviennent insupportables ; elles sont suivies d'une métrorragie fort inquiétante.

Le 7 au matin, la métrorragie ayant continué, j'enlève l'instrument. 1 gramme de seigle ergoté en 4 prises ; fomentations froides sur le ventre ; limonade froide.

Le 8, la perte est considérablement diminuée.

Je laisse la malade se reposer jusqu'au 17, je prescris alors un purgatif ; je fais pratiquer sur les extrémités inférieures des frictions avec l'huile de croton.

Le 18 au matin, je fais l'amputation de la portion sus-vaginale du col. Sept artères sont liées à mesure qu'elles sont divisées ; celles du tissu propre de l'utérus ont été très difficiles à saisir et à lier. Pansement avec grosse mèche garnie d'un bout de sonde, charpie, compresses et bandage en T. Une petite sonde de gomme élastique, bouchée à l'aide d'un fausset, est placée à demeure dans la vessie. Coucher dorsal, bassin élevé ; tisane de tilleul, feuilles d'oranger et potion calmante.

3 centimètres 1/2 du col ont été enlevés ; c'est une partie égale à la totalité du col à l'état sain.

Le soir du jour de l'opération, la malade ne présente aucun indice de fièvre, sa figure est rayonnante, elle demande à manger.

Le lendemain et les jours suivants, son état continue à être tout aussi satisfaisant.

La mèche est retirée le troisième jour de l'opération.

Le 7 octobre, je touche la malade : toutes les parties sont souples, sans douleurs et sans chaleur anormale.

Le 8, vingt jours après l'opération, la malade se trouve si bien que, malgré toutes les recommandations qui lui avaient été faites, elle commet l'imprudence de se lever et d'aller au jardin. Là elle se refroidit et éprouve quelques légères douleurs dont elle ne dit rien le lendemain matin. Le soir elle est prise de frisson et de fièvre ; son ventre est tendu, dur et douloureux, il y a une constipation opiniâtre ; un lavement simple, puis un lavement purgatif ordonnés le soir par l'interne de service, ne l'ont pas fait évacuer. Le pouls est vibrant, dur et fréquent ; il s'élève à 104.

Le 10, à ma visite, je reconnais un commencement de péritonite ; j'ordonne une application de vingt-cinq sangsues sur le ventre, et des onctions d'onguent napolitain ; lavement purgatif avec miel mercurial.

Le 11, le ventre est encore tendu et douloureux ; le pouls dur et fréquent ; pas de vomissement ; saignée du bras ; cataplasmes.

Le 12, le ventre est moins tendu, presque pas douloureux, le pouls est descendu à 76 ; il est plus large.

Le 13 et les jours suivants, l'amélioration continue.

Le 18, la malade semble revenue entièrement à la santé ; je la touche et je reconnais

Digitized by Google

que l'utérus est resté à sa place; il n'est, ainsi que les parties environnantes, le siége d'aucune douleur.

Le 28, je permets à la malade de se lever pendant quelques heures; elle n'en éprouve aucun inconvénient. Elle continua à se lever tous les jours.

Le 6 novembre, elle s'est levée deux fois, de sept heures du matin jusqu'à onze heures, et de une heure à cinq heures, et l'utérus est resté en place.

Examinée au spéculum le 8, on trouve l'extrémité supérieure du vagin froncée en cul-de-poule. Au-dessus de ce froncement existe un enfoncement en infundibulum qui laisse voir au fond une cicatrice rouge et mamelonnée, formée par la partie inférieure de l'utérus; on ne peut rencontrer l'ouverture de la cavité utérine, peut-être est-elle oblitérée?

Elle sort guérie et parfaitement heureuse, le 12 novembre.

Sans l'imprudence qu'a commise la malade et qui, le vingtième jour après l'opération, causa un commencement de péritonite, il est presque certain que tout se serait passé sans le moindre accident.

OBSERVATION XXIII. — *Allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col; prolapsus utérin; légère rétroflexion; application inefficace de plusieurs pessaires, par les hommes les plus expérimentés; accidents consécutifs.—Amputation du col; guérison.* (Observation rapportée dans le mémoire de M. Boucher, pour le concours des prix de 1852.)

La nommée Lecl... Al..., âgée de dix-neuf ans, blanchisseuse, non mariée, est entrée le 20 février 1852, à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Clotilde, 329, pour se faire soigner d'une chute de matrice.

Cette jeune femme dit qu'elle n'a jamais eu d'enfants; qu'elle fut reglée à seize ans, sans aucune difficulté; que ses menstrues sont restées régulières pendant cinq mois, qu'après cette époque, il y a environ deux ans, elle reçut un coup de pied sur le bas-ventre, au-dessus du pubis. Elle éprouva une vive douleur, et fut fortement impressionnée. A partir de ce moment, les menstrues devinrent irrégulières, et elle ressentit des douleurs presque continuelles dans le bas-ventre, et des maux d'estomac. Elle éprouva également des douleurs de reins qui devenaient beaucoup plus fortes pendant les deux ou trois jours qui précédaient les règles. Avant et pendant cet écoulement sanguin, elle éprouvait la sensation d'un poids sur la partie, et un corps dur venait se présenter à l'ouverture de la vulve. Un écoulement blanc et abondant survint. Il augmentait lorsque la malade restait debout, et cessait presque entièrement lorsqu'elle gardait le repos au lit.

Cinq mois après avoir reçu le coup de pied dont nous avons parlé, elle entra à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau, où elle resta deux mois. Voyant, dit-elle, qu'elle ne guérissait pas, elle demanda sa sortie et entra dans le service de Gerdy. Elle resta un mois et demi confiée aux soins de ce chirurgien qui essaya inutilement deux espèces de pessaires, puis elle sortit de l'hôpital de la Charité, et rentra dans sa famille.

Les accidents dont nous avons parlé la forcèrent bientôt à se présenter à une nouvelle consultation, et elle vint, il y a neuf mois, à l'hôpital Beaujon, consulter M. Valleix qui l'admit dans son service, et lui appliqua le pessaire Simpson modifié. Elle le garda deux mois et demi; mais comme elle éprouvait des hémorrhagies utérines abondantes, M. Valleix retira l'instrument. Du reste, il paraît que ce médecin trouvait l'utérus à peu près remis à sa position normale, et la malade sortit de l'hôpital se croyant guérie.

Au bout de huit jours, les accidents recommencèrent et la fille Lecl... revint trouver

Digitized by Google

M. Valleix qui, ayant quitté Beaujon, la fit entrer dans son nouveau service à la Pitié.

Après un mois de traitement, n'obtenant pas de résultat satisfaisant, M. Valleix m'adressa la malade.

A son entrée, le 21 février, je trouve le col de l'utérus parfaitement sain, saillant de 7 centimètres hors de la vulve ; il entraîne avec lui l'extrémité supérieure du vagin. Ce conduit n'est pas complétement renversé, il remonte à la hauteur de 4 centimètres dans sa propre cavité, de sorte que dans ce point, le vagin est véritablement invaginé et doublé; il forme avec l'utérus ce que M. Cruveilhier appelle une invagination à trois cylindres.

L'hystéromètre introduit dans la cavité utérine annonce une longueur de 10 centimètres, ce qui donne à la totalité de l'organe gestateur une étendue de 11 centimètres.

Le corps de l'utérus qui est encore renfermé dans le bassin est en légère rétroflexion, il forme, à son union avec le col, une courbure dont la concavité est dirigée en bas et en arrière. Cette courbure se laisse facilement redresser à l'aide de l'hystéromètre.

La tumeur sous-vulvaire se laisse réduire avec facilité.

La santé générale n'est pas atteinte par cette affection, et la malade supporterait encore avec patience son infirmité, si elle ne la mettait dans l'impossibilité de travailler et de se tenir debout pendant un certain temps.

Comme la malade avait éprouvé à plusieurs reprises des accidents inflammatoires et des métrorrhagies abondantes, je commençai par la laisser reposer; je la mis aux amers, lui fis faire des injections toniques et astringentes, avec décoction de racines de bistorte et de ratanhia et d'écorce de chêne, et prendre tous les soirs un lavement froid.

Le 18 mai, considérant que la chute et le renversement du vagin n'étaient pas complets, que l'hypertrophie longitudinale du col n'était pas considérable, que, du reste, depuis près d'un mois que la malade était dans mon service soumise au repos et aux toniques, la tumeur ne descendait plus que de 3 centimètres 1/2 hors de la vulve, je pensai qu'il me serait peut-être possible de la guérir sans l'amputation du col, et je lui posai un pessaire à tige mobile.

Le lendemain 19, la malade se plaint de douleurs au col de l'utérus. Le pessaire enlevé, elle indique parfaitement le point qui la fait souffrir ; l'instrument est néanmoins replacé.

Le 20 et les jours suivants, la douleur augmente; nous engageons néanmoins la malade à persévérer et à s'armer de patience pendant que les parties s'habitueront au contact de l'instrument, qui n'exerce pas une forte pression. Du reste, il n'y a pas de fièvre; la malade conserve l'appétit.

Le 25, la douleur est si grande que je juge convenable d'enlever ce pessaire.

Le 26, la malade se trouve mieux. — Bain, injections émollientes, repos pendant plusieurs jours. — Les toniques et les astringents locaux, l'iodure de potassium à l'intérieur, sont administrés pendant un mois.

Enfin, le 2 mai, voyant que l'utérus continuait à sortir de la vulve lorsque la malade se mettait debout, et que l'allongement du col était toujours le même et l'écoulement aussi abondant, je me décidai à amputer cette partie.

Le tissu de l'utérus était ferme et résistant, et criait sous le tranchant du bistouri. Les artères de ce tissu ne purent être saisies et liées qu'avec difficulté ; il fallut avoir recours au ténaculum. Encore est-il arrivé pour l'une d'elles qu'en retirant avec précaution le ténaculum la ligature tomba ; mais comme le vaisseau ne donnait plus de sang, une nouvelle ligature ne fut pas placée. — Même pansement que chez Dor....

Le soir du même jour, aucun accident n'est survenu; la malade n'a pas de fièvre, elle a repris sa gaieté naturelle, et elle demande un potage, qui lui est accordé.

Digitized by Google

Le 3 et le 4, même état; on change la mèche vaginale, on fait des injections intra-vaginales pour enlever les caillots sanguins qui s'étaient accumulés autour de la mèche. — On donne une portion.

Le 5 au soir, un léger érysipèle apparaît au front, les paupières sont un peu tuméfiées; il y a un petit mouvement fébrile. — Bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 6, les symptômes d'érysipèle sont à peu près les mêmes, mais la fièvre a disparu. Regrettant de ne pas avoir pris, comme pour les autres malades, la précaution de déterminer une révulsion sur les extrémités inférieures, j'ordonne de faire immédiatement sur ces parties des frictions avec l'huile de croton.

Dès le lendemain, l'éruption se manifeste et les symptômes de l'érysipèle disparaissent.

Le 10 mai, je touche la malade, et je trouve les parties assez chaudes et emplolories pour ne pas porter mon doigt au delà de l'entrée du vagin. J'ajourne à un autre moment un examen plus complet.

En me renseignant vers la malade, j'apprends qu'elle est à l'époque de ses règles, que les seins sont un peu douloureux et tuméfiés.

Les règles ne vinrent pas; peut-être faut-il attribuer leur absence à la perte de sang qui eut lieu pendant l'opération et à l'éruption causée par l'huile de croton.

Les jours suivants, l'état de la malade va rapidement en s'améliorant.

Le 26 mai, elle se lève trois heures sans inconvénient.

Le 10 juin, retour des règles; leur arrivée est précédée de fortes douleurs; elles ne sont ni plus ni moins abondantes; seulement, le sang est un peu plus foncé.

Les fleurs blanches, auxquelles la malade était sujette, ont complétement cessé; elle ne les a pas même vues apparaître après ses dernières règles, ce qui se conçoit facilement, puisque nous avons enlevé le principal organe sécrétoire du mucus utérin.

Les forces reviennent de jour en jour, et la malade sort complétement guérie et heureuse 19 juin 1852. Voici ce que nous offre alors l'examen des organes sexuels :

L'entrée vulvaire, qui n'est plus dilatée par la présence d'un corps étranger, est rétrécie; l'extrémité supérieure du vagin est revenue sur elle-même et froncée comme l'entrée d'une bourse; les plis sont pressés les uns contre les autres et comme superposés, ce qui double, quelque sorte l'épaisseur des parois vaginales. On remarque au centre de ces plicatures un enfoncement à parois d'un rouge vif, et au fond duquel se trouvent les restes du col de l'utérus. Cette partie est ferme et élastique au toucher. Au milieu est un orifice qui permet l'introduction de l'hystéromètre dans la cavité utérine, qui n'a plus que 6 centimètres d'étendue.

Je n'ai pas besoin de faire ressortir les avantages qu'a eus l'opération sur tous les autres moyens qui avaient été préalablement mis en usage. Cette femme, au moment de sa sortie, nous promit de revenir nous consulter si elle souffrait de nouveau : nous ne l'avons pas revue, ce qui doit nous faire supposer que la guérison s'est maintenue comme chez les deux malade précédentes.

Digitized by Google

OBSERVATION XXIV. — *Allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale. — Rétroflexion, précipitation de la matrice. — Chute et renversement complets du vagin. — Métrorrhagies fréquentes et abondantes. — Ulcérations de la tumeur, qui ne peut être maintenue réduite. — Calcul vésical. — Accidents généraux. — Amputation du col. — Guérison. — Mort quatre mois après d'abcès dans les reins et de néphrite calculeuse.* (Dessins de MM. Lackerbauer et Gréard, pl. II.)

Le 29 novembre 1852 est entrée à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Clotilde, n° 377, la nommée Bor... El..., âgée de trente-neuf ans, cuisinière.

Sa mère a eu sept enfants; elle est morte à soixante ans, après avoir eu de fréquentes et abondantes hémorrhagies. Cette femme, qui paraît aujourd'hui avoir une assez bonne constitution, eut, depuis l'âge de quinze à dix-neuf ans, ce qu'elle appelle les pâles couleurs et des palpitations. Les menstrues, qui s'établirent régulièrement, et des ferrugineux qu'on lui administra, ramenèrent la santé.

Les règles furent toujours peu abondantes, irrégulières, et séparées par de la leucorrhée. A vingt-sept ans, elle fit une fausse-couche à sept mois. Elle se leva trois jours après; cependant, sa santé ne reçut aucune atteinte de cette imprudence. Il y a huit ans, à trente et un ans, elle devint une seconde fois enceinte; l'accouchement eut lieu à terme, mais il fut long et difficile, au point qu'on fut obligé de recourir à l'application du forceps. L'enfant survécut. Pendant les dix ou douze jours qui suivirent l'accouchement, elle souffrit beaucoup de la vessie. Elle urinait difficilement et avec beaucoup de douleurs. Les trois premiers jours, on fut obligé de la faire uriner. Elle se leva le huitième jour.

Après cet accouchement, elle conserva de la douleur derrière le pubis et dans les reins; mais les menstrues revinrent d'une façon plus régulière. Bientôt, sous l'influence de la fatigue, et probablement de la parturition laborieuse qui avait eu lieu, des accidents se manifestèrent du côté du bassin. Les douleurs du bas-ventre devinrent plus intenses. Il survint des besoins pressants d'uriner joints à une miction impossible, ou s'accompagnant de frissons, de tremblements, lorsque la malade voulait faire des efforts violents pour rendre ses urines. Celles-ci étaient souvent troubles, blanchâtres, et laissaient déposer au fond du vase un sédiment d'un jaune grisâtre. Elles exhalaient une odeur désagréable peu de temps après avoir été rendues. En même temps les douleurs des reins augmentaient. Bor... éprouvait une sensation de pesanteur au périnée, et quelquefois la matrice se présentait à la vulve (mais elle pouvait rentrer facilement). Il y avait une grande difficulté pour aller à la selle, et de la douleur dans les rapprochements sexuels. Elle soutenait la matrice avec un mouchoir. Si, voulant surmonter les accidents, elle continuait à marcher et à se fatiguer, il lui survenait des douleurs profondes dans les reins, au-dessous des hypochondres, douleurs qui se propageaient jusqu'au bas-ventre et que la malade compare à celles de la parturition. Il arrivait souvent que ces douleurs étaient accompagnées de fièvre, et elles la retenaient au lit pendant deux ou trois jours.

Enfin les fonctions utérines elles-mêmes se dérangèrent, la menstruation devint tout à fait irrégulière. Le sang arrivait à flots et subitement, puis, quelques heures après, l'hémorrhagie cessait brusquement. Fréquemment ces métrorrhagies étaient précédées et accompagnées de souffrances et de chaleur dans la région lombaire et de fréquents besoins d'uriner. Les urines étaient troubles et bourbeuses. La défécation était toujours plus ou moins difficile. Malgré ses douleurs, la malade continua à travailler; aussi petit à petit, le prolapsus devint de plus en plus complet; puis, pour comble de malheur, elle perdit, il y a quatorze mois, sa place de cuisinière, et fut obligée d'entrer dans une maison où on lui fit frotter l'appartement. Ce nouveau

Digitized by Google

genre de travail aggrava sa position ; la matrice sortit complétement, s'enflamma, devint douloureuse, s'ulcéra, et il ne fut plus possible de la faire rentrer. Mais à partir de ce moment, les accidents furent moins graves du côté des organes pelviens : la miction, la défécation devinrent plus faciles que quand l'utérus était engagé dans le détroit inférieur. La douleur et la chaleur des reins persistèrent cependant, et les urines continuèrent à être troubles, épaisses et souvent fétides.

Il y a environ six semaines, cette femme, dont les forces n'égalaient pas le courage, renversa sur ses pieds une chaudière remplie d'eau bouillante. Ces parties furent brûlées au premier et au deuxième degré, et dans quelques points très limités au troisième degré. Cet accident, uni à ses autres souffrances, la détermina à entrer à l'hôpital.

État actuel. — La face dorsale du pied est le siége de deux ou trois petites ulcérations superficielles et irrégulières. La peau de cette partie est atteinte d'une légère inflammation érysipélateuse.

Du côté des organes sexuels, on remarque, entre la partie supérieure et interne des cuisses, et suspendue au-dessous de la vulve, une tumeur lisse, régulière, d'une teinte rosée, légèrement violacée et framboisée, grosse comme la tête d'un fœtus à terme. Cette tumeur est un peu pyriforme, à grosse extrémité dirigée en bas. Cependant, lorsqu'on recommande à la malade de faire des efforts comme pour uriner, son extrémité supérieure se renfle et devient au moins égale à l'inférieure. C'est dans cet état que le dessin en a été fait, afin de rendre plus évidentes les deux principales parties qui composent la masse. Elle a une forme et des caractères qui la différencient des autres tumeurs du même genre. Sur sa face antérieure, elle présente successivement, et de haut en bas : 1° un sillon demi-circulaire qui la sépare des rides du tubercule antérieur du vagin ; 2° un renflement arrondi, mou et souple, et comme fluctuant, formé par la vessie; 3° le col de l'utérus qui forme un mamelon dur, élastique, et au centre duquel se trouve l'orifice extérieur de l'organe. Cet orifice qui est régulier, a à peu près le diamètre d'une plume à écrire. Il est placé presque au milieu de la hauteur de la tumeur, à 6 centimètres de l'extrémité supérieure et à 5 de l'extrémité inférieure; 4° à 1 centimètre et demi au-dessous de cet orifice se voit un sillon à concavité supérieure dont les extrémités se portent sur les faces latérales ; 5° au-dessous de ce sillon, une surface semi-lunaire régulièrement convexe, qui appartient à l'extrémité supérieure de la paroi postérieure du vagin renversé. Cette dernière partie, au lieu d'être souple comme d'habitude, est ferme et résistante. Les faces latérales de la tumeur, non-seulement sont légèrement aplaties, mais offrent chacune, vers le milieu de leur hauteur, une dépression qui, en avant, se continue avec les extrémités du sillon qui est au-dessous du col de l'utérus, et, en arrière, avec une autre dépression qui est placée plus haut, de sorte que la totalité de la tumeur est en quelque façon divisée en deux parties par un rétrécissement circulaire qui descend plus bas en avant qu'en arrière. La partie antérieure et supérieure est composée par la paroi antérieure du vagin, le col de l'utérus, et un prolongement de la vessie; la partie postérieure et inférieure, par la paroi du vagin et le fond de l'utérus fortement rétrofléchi, comme nous le montrerons bientôt, et un prolongement du rectum. La face postérieure est presque plate dans son tiers supérieur ; dans ses deux tiers inférieurs, elle est sur la ligne médiane plus renflée que d'habitude.

Voici les dimensions que présente la tumeur : dans la partie la plus renflée, c'est-à-dire en bas, elle a 29 centimètres de circonférence ; en haut, vers son pédicule, 26 centimètres ; de la base au sommet, 11 centimètres ; transversalement, 8 centimètres ; diamètre antéro-postérieur en bas il n'est que de 4 centimètres ; vers le milieu de la hauteur, au niveau de l'orifice du col, il est de 6 centimètres.

Digitized by Google

Le vagin est si complétement renversé, en avant comme en arrière, qu'on ne trouve plus même un simple sillon bien dessiné au-dessus de la tumeur qui se confond avec les parties qui composent la vulve. La membrane muqueuse présente quatre ulcérations assez étendues, peu profondes, à bords irréguliers, taillés en biseau de dehors en dedans, et rougeâtres. Le fond est d'un gris jaunâtre, pointillé de rouge : les deux plus larges sont placées sur la face antérieure de la tumeur; les deux plus petites, sur la face postérieure, vers le pédicule.

A première vue, et sans avoir palpé la tumeur, guidé par l'expérience, je crus pouvoir annoncer aux personnes qui étaient présentes un allongement hypertrophique de l'utérus, et par conséquent un agrandissement du diamètre vertical de la cavité utérine. J'introduisis l'hystéromètre dans la cavité du col, et suivant les règles que réclame cette opération, et l'instrument ne pénétra qu'à 4 centimètres. Je cherche à reconnaître l'obstacle; je dirige la concavité de l'hystéromètre en bas, et je porte son extrémité presque horizontalement en arrière, et il pénètre facilement jusqu'à 8 centimètres. Je pensai alors que j'avais affaire à une véritable précipitation de l'utérus sans allongement hypertrophique. Je portai toute mon attention sur ce fait; je palpai l'extrémité inférieure de la tumeur; je reconnus qu'elle contenait un corps ferme et élastique du volume et de la forme du fond de l'utérus. L'hystéromètre, introduit dans le col de l'organe, mettait à volonté ce corps en mouvement. Il ne me restait presque plus de doute sur l'existence d'une rétroflexion; cependant, pour m'en assurer, et pour convaincre en même temps les personnes qui m'entouraient, j'introduisis le doigt dans le rectum; je le portai, à l'aide du prolongement qu'il envoyait dans la tumeur, jusque sous ce corps que je fis basculer de bas en haut, et d'avant en arrière. A l'instant même, l'hystéromètre, dont l'action était combinée avec celle du doigt, pénétra, comme de lui-même, à 13 centimètres de profondeur, et le corps de l'utérus reprit sa position et sa direction normales, sans que la partie antérieure et supérieure de la tumeur sous-vulvaire eût éprouvé aucun changement; la partie postérieure et inférieure avait seule diminué de volume et de longueur.

Ne voulant pas fatiguer la malade, je remis au lendemain la palpation de la tumeur et le cathétérisme vesical; je prescrivis un bain, tisane commune et trois portions, des compresses émollientes sur la tumeur, repos au lit.

Le 2 décembre, nous complétons l'examen et l'interrogation de la malade: le corps de l'utérus est retombé en rétroflexion, et la tumeur a repris tous ses caractères. En la palpant avec attention, on reconnaît que sa partie supérieure et son pédicule sont souples, creux, qu'ils ne renferment rien de solide dans leur épaisseur; au contraire, les deux tiers inférieurs renferment, à partir de l'orifice du col de l'utérus, un corps dur et résistant dont on peut suivre à travers les parois vaginales, les contours et la forme. Entre l'orifice du col et la partie la plus déclive de la tumeur, ce corps décrit une courbe dont la concavité est dirigée en bas et en avant. Sur ses côtés on sent une espèce de cordon qui se porte en haut et en dehors, et qui devient moins sensible lorsqu'on relève le fond de l'utérus; il est probable qu'il est formé par les annexes de cet organe.

Une grande portion de la vessie est entraînée au dehors et occupe, dans le bassin et dans la cavité du vagin renversé, la place de l'utérus. On s'assure de ce fait, non-seulement en portant une sonde dans la vessie, mais aussi en introduisant le doigt dans le rectum. Ce doigt rencontre aussitôt et sans aucun autre intermédiaire que l'épaisseur des parois rectale et vésicale, l'extrémité de la sonde. Il sent aussi un vide absolu au-dessus du corps dur précité, et rencontre presque immédiatement les doigts qui, à l'extérieur, palpent la partie supérieure de la tumeur. Pour faire pénétrer la sonde dans la vessie, il a fallu la diriger un peu en arrière, puis presque aussitôt directement en bas.

Digitized by Google

L'hystéromètre est porté dans l'utérus; cette fois, comme la voie à parcourir est connue, il pénètre tout de suite et sans rencontrer aucun obstacle, en lui donnant une direction convenable, à 13 centimètres de profondeur. Le corps de l'utérus est relevé, redressé et placé dans sa situation. On sent alors l'organe entre le doigt qui est dans le rectum et ceux qui, au dehors, sont appliqués sur la tumeur. Le col forme, comme chez les autres malades atteintes d'allongement hypertrophique, une tige plus ou moins résistante qui occupe le centre de la tumeur sous-vulvaire. La paroi antérieure du rectum envoie dans la partie postérieure et inférieure du prolapsus un prolongement qui a une longueur de 5 centimètres. La malade nous apprend qu'à part les accidents dont nous avons déjà parlé, depuis quelque temps la digestion est troublée; elle a quelquefois de la diarrhée et souvent de la fièvre; depuis que des ulcères se sont développés sur la tumeur, celle-ci est le siége d'une suppuration abondante et fétide qui épuise ses forces; elle y éprouve des douleurs et des cuissons causées par le contact des urines, des matières fécales et le frottement des cuisses, ce qui la met dans l'impossibilité de marcher et de faire des efforts. C'est à la vive douleur qu'elle ressentit au moment où elle soulevait la chaudière pleine d'eau chaude, qu'elle attribue d'avoir renversé celle-ci et de s'être brûlée.

Même traitement que la veille; seulement comme la tumeur est moins enflammée et moins douloureuse, les compresses émollientes sont remplacées par un linge fenêtré couvert de cérat.

Le 5 décembre, la tumeur a beaucoup diminué de volume, je peux, avec la plus grande facilité, sans le secours de l'hystéromètre, non-seulement faire disparaître la rétroflexion, mais réduire complétement la tumeur dans le bassin, l'utérus peut être remonté à sa place. Un pessaire élytroïde modifié fut placé et maintenu avec un bandage en T. Repos au lit.

Le 10, coliques, douleurs violentes de chaque côté de la région lombaire, fréquents besoins d'uriner, urines troubles, fièvre légère, diarrhée. Dans un effort de défécation, la tumeur et le pessaire sont poussés au dehors. Bains, cataplasmes laudanisés sur le ventre, lavement amidonné et laudanisé, eau de riz, deux bouillons, deux soupes.

Le 12, la malade se trouve beaucoup mieux; je réduis de nouveau la tumeur. Pensant que la présence du pessaire élytroïde avait été pour quelque chose dans la manifestation des accidents qu'elle venait d'éprouver, je le remplaçai par le pessaire plat de M. Hervez de Chégoin, qui a l'avantage de ne pas comprimer la vessie, qui remonte plus haut dans le cul-de-sac postérieur du vagin, et qui est plus apte à soutenir le fond de l'utérus. Il est maintenu avec un bandage, il ne détermine pas de douleurs à proprement parler.

Le 13, la malade se plaint de malaise, de sentiment de tiraillement, de plénitude dans le bassin; pas d'évacuations alvines depuis le 11.

Le 14, dans un effort pour aller à la selle, le nouveau pessaire est également chassé au dehors, bien que la malade ait fait son possible pour le retenir: la tumeur le suivit.

Le 15, la tumeur est moins volumineuse que lors de l'entrée de la malade; elle n'est plus enflammée, et les ulcérations sont à peu près cicatrisées. Voyant l'impossibilité de maintenir les pessaires, la gêne qu'ils paraissaient déterminer, je conseillai à la malade de faire rentrer la tumeur et de la maintenir réduite le plus exactement possible avec un simple chauffoir, comme elle l'avait fait pendant longtemps, et je prescrivis des injections vaginales astringentes trois fois par jour; tous les soirs, un lavement froid; le séjour au lit.

Le 21, bien que l'état du côté des organes sexuels soit satisfaisant et que les ulcérations soient entièrement cicatrisées, la malade ne reprend pas, elle a de l'inappétence, de la faiblesse et un peu de fièvre. Elle attribue cet état au chagrin que lui cause son infirmité, et la misère à laquelle elle l'a réduite. Cet état maladif et surtout la fièvre, me font craindre quelque altéra-

Digitized by Google

tion cachée, et m'empêchent, au moins pour le moment, de proposer la nouvelle amputation du col. Bains tous les deux jours.

Le 28, Bor... se trouve beaucoup mieux ; les besoins d'uriner sont moins fréquents, les urines plus claires ; pas de fièvre ; le prolapsus est toujours complet. Les règles sont apparues depuis avant-hier au soir ; jusqu'à présent elles ne paraissent pas devoir être trop abondantes.

Le 4 janvier 1853, les règles n'ont duré que cinq jours, elles n'ont pas fatigué la malade qui, à cela près de quelques douleurs dans les reins, se trouve bien et n'a pas de fièvre. Elle demande à être débarrassée de sa tumeur qui est toujours pendante entre les cuisses et la fait souffrir sitôt qu'elle se tient debout ou cherche à marcher. Les bains sulfureux sont continués.

Les jours suivants, le mieux se soutient, la fièvre ne reparaît pas ; je me décide à opérer la malade, et je fixe l'opération au mardi 11.

Le 9 au soir, je fais pratiquer des onctions avec dix gouttes d'huile de croton sur les jambes et le bas des cuisses. On évite avec le plus grand soin que le haut des cuisses et la tumeur soient en contact avec ce médicament.

Le 10 au matin, trois verres d'eau de Sedlitz ; le soir un lavement.

Le 11, l'intestin étant évacué, l'éruption causée par l'huile de croton étant en pleine évolution, j'opère la malade. J'enlève 5 centimètres et demi de la longueur du col, qui avait conservé toute sa consistance. Une assez grande quantité de sang veineux s'écoule, peu de sang artériel. Quatre artères d'un médiocre volume sont coupées et liées immédiatement. L'utérus est réduit dans le bassin, et maintenu encore avec plus de soin que chez les autres malades, avec une grosse mèche munie, à son centre, d'une forte sonde de gomme élastique.

Au lieu de faire coucher la malade sur le dos, on la fait coucher sur le ventre, et plus tard, lorsqu'elle fut fatiguée de cette position, sur le côté droit, afin d'éviter autant que possible que l'utérus ne retombe dans la concavité du sacrum, qui est au reste en grande partie remplie par la mèche, à laquelle, dans cette circonstance, on peut toujours donner un volume considérable sans faire souffrir la malade, le vagin et l'ouverture vulvaire étant considérablement élargis.

Le 11 au soir, fièvre légère ; il s'est écoulé une certaine quantité de sang, pas assez cependant pour qu'il soit nécessaire d'enlever l'appareil. La malade éprouve un besoin douloureux d'uriner qu'elle ne peut satisfaire ; on la sonde.

Le 12, la nuit a été assez agitée ; il y a eu cependant quatre heures de sommeil ; pas de fièvre ; le ventre n'est ni tendu, ni douloureux ; chaleur et cuissons désagréables aux extrémités inférieures. Le besoin de prendre de la nourriture se fait sentir : deux bouillons et une soupe sont ordonnés. On est encore obligé de sonder la malade.

Le 13, l'état est très satisfaisant ; la mèche est enlevée ; il s'écoule du vagin des caillots de sang noir, d'une odeur désagréable. Je fais moi-même une injection émolliente tiède, et je pose une autre mèche. Pas de tuméfaction, ni de douleur abdominale. On donne une portion d'aliments. Les jours suivants, la malade continue à bien aller.

Le 17, on accorde deux portions d'aliments. L'utérus reste en place ; on ne fait plus de pansements, on les remplace par de simples injections émollientes. La malade urine sans le secours de la sonde depuis le 14 ; seulement, les urines sont encore troubles et causent, au moment de la miction, quelques cuissons dans le canal.

Les 18 et 19, même état.

Le 20, la malade éprouve, pour la première fois depuis dix jours, le besoin d'aller à la selle ; un lavement huileux est administré : l'évacuation des matières a lieu sans douleurs et sans que

Digitized by Google

l'utérus retombe. Il est vrai que nous avons bien recommandé à la malade de faire le moins d'efforts possible. — Les jours suivants, pas de changement appréciable; l'espérance revient.

Le 26, vingt-sept jours après l'opération, sans cause connue, sans imprudence commise, mouvement fébrile, douleurs dans les reins et dans le bas-ventre, derrière le pubis; cependant le ventre n'est ni tuméfié, ni tendu. Je touche la malade, et ne trouve ni chaleur, ni sensation anormale au vagin, ni à l'utérus; seulement, en avant, vers le bas-fond de la vessie, et un peu sur les côtés, la pression, même légère, est douloureuse. — Bains, injections émollientes, lavement de même nature, cataplasme laudanisé sur le ventre. Une portion d'aliments.

Le 27, même état.

Le 28, les règles sont arrivées dans la nuit, elles coulent convenablement; la malade est moins souffrante, la fièvre moins forte.

Le 1er février, mieux très manifeste; les règles ont presque cessé. — Deux portions d'aliments.

Le 10, la malade se lève et est placée au soleil dans son fauteuil.

Tous les jours suivants, elle répète le même exercice et fait quelques pas dans la salle sans que la matrice ou le vagin se déplace et sans souffrance du côté des organes sexuels. La défécation s'exécute facilement et sans douleur; il n'en est pas de même de la miction, qui est toujours un peu douloureuse.

Le 15, examen des organes sexuels. Bor... est assez bien pour se rendre seule au cabinet du spéculum et monte sans aide sur le lit; la plaie vagino-utérine est entièrement cicatrisée; au fond de la cicatrice, qui est lisse et luisante, le reste du col de l'utérus forme une petite saillie rouge et percée à son centre d'une petite ouverture qui a 3 ou 4 millimètres d'étendue.

Le 24 au soir, après s'être donné plus de mouvement que d'habitude, après avoir rendu quelques services à des malades, elle est prise d'un peu de fièvre, de douleurs dans les lombes de chaque côté du ventre. Le lendemain matin, les accidents sont les mêmes; les urines sont fréquentes et épaisses; elle dit qu'elle souffre davantage quand elle se redresse que quand elle se courbe, se penche en avant. Je la touche, et je ne trouve rien du côté des organes sexuels qui puisse rendre compte de ces phénomènes. Le bas-ventre n'est pas même sensible à la pression. — Bain, cataplasme laudanisé sur tout le ventre, lavement émollient; diète. — Ces phénomènes morbides et inflammatoires continuent pendant six jours. Les règles, dont l'époque est arrivée, ne paraissent pas. J'ordonne dix sangsues à la région vulvo-anale, et un bain de siége après la chute des sangsues.

Le lendemain, 2 mars, la malade est moins souffrante. Une portion d'aliments est accordée.

Du 2 au 19, la santé et les forces reviennent graduellement; toutefois, elle éprouve toujours de la douleur dans la région dorso-lombaire lorsqu'elle se relève trop brusquement ou veut se tenir très droite. A partir du 6, elle prit tous les deux jours un bain sulfureux; ces bains, dit-elle, lui font beaucoup de bien.

Le 20, elle descend au jardin avec quelques personnes qui sont venues lui faire visite. Elle reste longtemps assise sur un banc; là, elle est saisie par le froid. A peine remontée dans la salle, elle éprouve un frisson très intense, des douleurs violentes de chaque côté des lombes, douleurs qui retentissent à l'épigastre, mais surtout au bas-ventre et à la vessie.

Le 21, ces accidents sont tout aussi intenses. Les urines sont très chaudes et sanguinolentes; les régions costo-iliaque et lombaire sont très sensibles à la pression, à droite surtout; la fièvre est violente; rien du côté des organes sexuels. Il est évident que la malade est atteinte d'un accès de coliques néphrétiques semblables à celles qu'elle avait eues déjà, mais qui étaient moins bien caractérisées. — Tisane d'orge, de graine de lin et de racine de guimauve; vingt-

Digitized by Google

quatre sangsues, douze de chaque côté des flancs; un grand bain, grands cataplasmes laudanisés. Deux bouillons.

Le 22, les douleurs sont un peu moins vives, la face moins altérée; la miction est fréquente et les urines purulentes. — Même traitement; lavement laudanisé; cataplasmes sinapisés aux jambes après le bain.

Les jours suivants, les douleurs sont moins vives, mais la fièvre continue; il y a toujours un sentiment de pesanteur et de gêne dans les lombes; les urines restent purulentes et glaireuses. — Les forces ne reviennent pas. — Nous mettons la malade à l'usage de l'eau de Vichy.

Le 3 avril, sa maîtresse vient la visiter et lui déclarer que, puisqu'elle ne se rétablit pas, elle se voit dans la nécessité de la remplacer par une autre domestique : cette nouvelle l'afflige beaucoup et lui cause de la fièvre.

Le 17, elle demande une permission de sortir pour déménager sa chambre; cette journée fut des plus fatigantes. Elle rentra le soir, vers les six heures, plus souffrante que jamais, pouvant à peine se tenir debout et se traîner.

L'interne de garde est appelé : il fait appliquer trente sangsues, quinze de chaque côté du ventre.

Les douleurs persistent, ainsi que la fièvre; les urines deviennent de plus en plus épaisses, fétides et purulentes; l'appétit se perd entièrement, le marasme arrive, et la mort a lieu le 13 mai.

Autopsie. — J'y procède moi-même avec la plus grande attention.

Abdomen. — Aucune trace de péritonite, soit générale, soit locale. Partout la masse intestinale est libre et flottante. La portion de l'intestin grêle qui descend dans l'excavation pelvienne, n'a contracté aucune adhérence avec les organes de cette cavité. On ne trouve dans la cavité péritonéale aucun épanchement de quelque nature que ce soit. La partie du péritoine qui, dans l'excavation pelvienne, recouvre la vessie, l'utérus et le rectum, ne présente ni adhérences, ni fausses membranes. Partout le péritoine a conservé sa teinte et sa transparence normales.

L'utérus et ses annexes sont sains. Rien, en un mot, dans l'état des parties que nous venons d'indiquer, n'annonce qu'elles aient été le siége d'une inflammation aiguë ou chronique (voy. pl. II, fig. 2 et 3). Un petit kyste séreux, du volume d'une noisette, est appendu, à l'aide d'un pédicule filiforme long de 1 centimètre et demi, à l'une des laciniures de la trompe gauche.

Le vagin, dont les parois sont plus épaisses qu'à l'état naturel, offre un grand nombre de plis à direction transversale, plis qui se sont reformés depuis la réduction de la tumeur, car tous étaient effacés pendant l'existence du prolapsus. L'extrémité supérieure de ce canal présente une cicatrice circulaire, déprimée, qui a à peu près 3 centimètres et demi d'étendue en tous sens. En avant, son fond est en partie formé par la portion la plus reculée du bas-fond de la vessie, ce dont il est facile de s'apercevoir après avoir vidé et insufflé ce réservoir. En arrière, le fond de cette cicatrice est formé par une légère couche de la paroi postérieure du vagin, ménagée lors de l'opération, une légère lame de tissu cellulaire et le cul-de-sac postérieur du péritoine, ce qui donne une cloison qui a un demi-centimètre d'épaisseur. La partie inférieure du corps de l'utérus forme, au centre de la cicatrice, une petite saillie mamelonnée, percée au milieu d'un petit orifice qui transversalement a de 3 à 4 millimètres.

Ce qui reste de l'utérus est tout à fait sain. L'épaisseur et la largeur ont leurs dimensions normales; la longueur est de 6 centimètres.

Les culs-de-sac péritonéaux antérieur et postérieur ont à peu près leur étendue naturelle. Le cul-de-sac postérieur était remonté à sa place depuis l'opération et la réduction de la tu-

Digitized by Google

meur. Sur la paroi antérieure se voient encore, dans l'étendue de 9 centimètres (pl. II, fig. 2 EE), les traces de la bride que devait former, pendant l'existence du prolapsus, le feuillet rectal du cul-de-sac postérieur du péritoine, bride qui, chez cette malade, devait être d'autant plus forte que le corps de l'utérus était en rétroflexion complète et que le fond de l'organe était plus bas que le col. Cette bride devait fortement entraîner la partie supérieure du rectum et la fin de l'S iliaque vers la base de la cavité vaginale. Aussi cette femme avait depuis la chute de l'utérus une grande difficulté pour aller à la selle.

Appareil urinaire. — Toutes les altérations pathologiques existaient dans cet appareil, et les troubles fonctionnels que, dès le principe, nous avions attribués à la chute de l'utérus qui altère aussi, mais à un moindre degré, les fonctions des organes urinaires, dépendaient de ces altérations. La *vessie* était hypertrophiée, petite, à parois épaisses; elle contenait une petite quantité d'urines purulentes et un petit calcul irrégulier du volume d'un noyau de cerise; la membrane muqueuse était d'un gris ardoisé. Les *uretères* étaient fortement dilatés et leurs parois épaissies (pl. II, fig. 2 B); ils contenaient également de l'urine mêlée à une grande quantité de pus. Les *reins* avaient un volume d'un grand tiers supérieur à celui de l'état normal. Ils étaient dilatés, bosselés, durs, ramollis dans certains points, fluctuants dans d'autres. Leur couleur était aussi très variée, ils étaient comme marbrés; ici d'un rouge brun, là tout à fait noirs; dans d'autres parties gris ou entièrement jaunes. Les *bassinets*, dilatés, étaient confondus par d'anciennes adhérences, par l'hypertrophie et l'induration du tissu cellulaire avec les artères et les veines émulgentes. La cavité des reins dilatée en ampoule, irrégulière, cloisonnée, se continuait sans ligne de démarcation avec celle des uretères; elles étaient remplies de pus et d'urine. Il y avait deux calculs dans le rein droit et trois dans le gauche, ils étaient d'une forme très irrégulière, et présentaient des renflements, des rétrécissements, et çà et là quelques points plus ou moins allongés.

Si nous eussions reconnu la maladie des reins avant l'opération, nous ne l'eussions pas pratiquée : mais nous attribuâmes, avec la malade, les douleurs des lombes et les troubles fonctionnels des voies urinaires au prolapsus de l'utérus. La chute complète de la matrice et sa rétroflexion ont probablement été produites en partie par les efforts violents et réitérés que faisait la malade pour uriner.

OBSERVATION XXV. — *Allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col. — Précipitation de cette partie. — Renversement presque complet du vagin; incontinence d'urine; ulcération de la tumeur; emploi inutile des pessaires, nuisible même. — Réduction complète et contention impossible. — Amputation. — Guérison.* (Dessin de Hamon, pl. VIII, fig. 3.)

Le 30 mars 1853 est entrée à l'hôpital Beaujon la nommée Aud... Mar..., âgée de quarante ans. Journalière, douée d'une bonne constitution, elle se livra, dès l'âge de treize ans, aux travaux pénibles de la campagne; elle était très souvent debout et portait fréquemment des fardeaux sur la tête. Elle vint à Paris, à vingt-deux ans, et se plaça chez un nourrisseur en qualité de domestique. Là, elle continua à se livrer à un travail pénible. Mariée à vingt-quatre ans, elle devint enceinte quelques mois après. La grossesse fut heureuse; l'accouchement long, difficile et très douloureux; l'enfant était très fort; elle se leva le sixième jour et reprit son travail le dixième. Un mois après, lorsque les règles reparurent, elle éprouva de la pesanteur vers la partie; elle y porta la main et sentit un corps dur et mobile qui avait de la tendance à sortir, surtout lorsqu'elle faisait des efforts pour aller à la selle; à chaque époque menstruelle elle éprouvait les mêmes incommodités.

Digitized by Google

Dans l'espace de trois ans, elle eut deux autres enfants ; après chacun de ses deux derniers accouchements, la matrice sortit un peu plus. Il y a, dit-elle, neuf ans environ, que la matrice pend entre les cuisses, seulement la tumeur était moins volumineuse et moins longue qu'aujourd'hui. Vers cette époque, comme elle souffrait beaucoup, ne pouvant travailler, elle fut à la consultation du bureau central où on lui posa un pessaire, probablement en gimblette, car elle assure qu'il avait la forme d'un anneau. Il la fit d'abord souffrir ; peu à peu les souffrances disparurent, et il ne lui causa plus que de la gêne. Il lui causait aussi des besoins fréquents d'uriner et de l'ardeur au col de la vessie ; elle retenait moins facilement ses urines. Elle prétend que les règles coulaient moins bien et étaient moins douloureuses ; elle ôtait alors son pessaire et se trouvait mieux. Plus tard, des flueurs blanches abondantes se manifestèrent ; elle les attribua à la présence du pessaire et renonça à son usage. Quelque temps après, la matrice tomba de nouveau et forma une tumeur plus volumineuse. Elle consulta un médecin qui, averti du peu de succès du pessaire en anneau, posa un pessaire en bondon. Elle ne put l'endurer que pendant deux jours ; il déterminait de fréquents besoins d'aller à la garderobe ; il sortit, malgré la malade, dans un effort de défécation ; elle ne se trouva pas soulagée, et le mit de côté comme le premier.

A partir de ce moment, la tumeur reparut entre les cuisses et ne fut plus réduite. Depuis quatre mois et demi, elle s'est ulcérée et est devenue le siége d'un écoulement sanguin et purulent. C'est surtout pour remédier à ces complications et à une incontinence incomplète d'urine que la malade se décida à entrer à l'hôpital.

État actuel, 2 avril. — On voit sortir de la vulve et pendre au-dessous d'elle une tumeur qui a la forme et le volume d'un gros citron, dont la grosse extrémité dirigée en haut se confond en avant avec les plis du tubercule antérieur du vagin, et en arrière remonte dans la cavité de ce conduit, à 2 centimètres et demi au-dessus de la fourchette. Au sommet de la petite extrémité, qui descend jusqu'à la naissance du tiers moyen de la cuisse lorsque la malade est debout, on trouve l'orifice du col de l'utérus placé un peu plus en arrière qu'en avant. Cet orifice, qui transversalement présente près de 2 centimètres d'étendue, a la forme d'un croissant dont la concavité est dirigée en arrière.

La longueur du prolapsus est de 10 centimètres ; la largeur de 6 1/2.

La paroi antérieure du vagin est complétement renversée et prolapsée. Les trois quarts supérieurs de la paroi postérieure ont seuls accompagné le col ; le quart inférieur est resté à sa place ; aussi la paroi antérieure du rectum n'envoie-t-elle aucun prolongement dans l'épaisseur de la tumeur. Il n'en est pas de même de la vessie qui, en avant, forme sous la paroi du vagin un renflement hémisphérique et fluctuant. Cette partie augmente et fait plus de saillie lorsque la malade éprouve le besoin d'uriner, et diminue à mesure que l'urine s'écoule.

En avant et sur les parties latérale et antérieure de la tumeur, existent trois ulcérations irrégulières, peu profondes, grisâtres à leur surface, rouges et enflammées vers leurs bords qui sont douloureux. C'est un sentiment de chaleur et de cuisson insupportables quelquefois, surtout lorsque les ulcères sont baignés par l'urine, ce sont de véritables élancements. L'ulcération antérieure, qui est la moins large, est un peu plus grande qu'une pièce de 50 centimes ; elle n'existe que depuis une vingtaine de jours. Les deux antéro-latérales sont les plus larges ; elles ont l'étendue d'une pièce de 2 francs ; elles fournissent un pus sanieux souvent mêlé à du sang.

Lorsqu'on palpe la tumeur, on sent, au centre, un corps allongé qui part du sommet de la masse prolapsée et remonte jusque dans le bassin. — Une sonde portée dans la vessie, puis dirigée horizontalement d'avant en arrière et sur la ligne médiane, ne peut venir soulever la

Digitized by Google

face postérieure du vagin, arrêtée qu'elle est par la présence de la tige centrale. Si l'on dévie cet instrument à droite ou à gauche, on le voit et on le sent vers la partie latérale et postérieure de la tumeur.

L'hystéromètre introduit par l'orifice du col remonte, dans la cavité utérine, à une hauteur de 13 centimètres 3 millimètres, ce qui, avec l'épaisseur du fond, donne une longueur de 14 centimètres passés pour la totalité de l'utérus. — Le doigt indicateur porté dans le rectum peut suivre la tige de l'instrument à travers les tissus, et reconnaître son extrémité ainsi que le fond de la matrice, situés derrière le pubis, à 1 centimètre environ au-dessous du bord supérieur de cette articulation. On peut même avec l'hystéromètre, et sans faire souffrir la malade, remonter le fond de la matrice jusqu'au-dessus du pubis, de manière à la sentir par le toucher hypogastrique.

Les troubles fonctionnels ne sont pas très graves lorsque la malade peut garder le repos; mais sitôt qu'elle est debout depuis quelques heures, elle ressent des douleurs, des tiraillements dans les lombes et dans les reins. La tumeur irritée par le frottement des vêtements, froissée par les cuisses dans les mouvements, devient elle-même plus ou moins douloureuse, et tout travail, excepté celui d'aiguille, devient impossible. Joignez à cela l'incommodité repoussante de ne pouvoir retenir ses urines lorsqu'elle est dans une position verticale depuis plusieurs heures, lorsqu'elle fait un effort un peu énergique, tousse ou rit aux éclats.— Tisane commune, bains; pansement des ulcérations avec charpie et cérat, compresses, repos au lit; deux portions.

Le 15 avril, la tumeur est moins volumineuse, elle n'est plus douloureuse, l'ulcération antérieure est cicatrisée, les deux ulcérations latérales sont très retrécies, détergées et couvertes de bourgeons charnus. — Le même traitement est continué; on y ajoute un bain sulfureux tous les deux jours.

Le 27, les deux grandes ulcérations sont complétement cicatrisées, la tumeur est encore moins volumineuse que lors de notre dernier examen; elle ne présente plus qu'une longueur de 7 centimètres au lieu de 10 centimètres. Voulant savoir si cette diminution de 3 centimètres était le résultat de la diminution du volume de l'utérus, je cathétérise de nouveau cet organe et je trouve que sa cavité a exactement 13 centimètres de longueur. La tumeur était donc moins volumineuse, sous l'influence du repos horizontal et de la suppression des efforts, elle était un peu remontée dans le bassin. Je tentai de la réduire entièrement et de la maintenir avec le pessaire en pelle de M. Hervez de Chégoin. Voici ce qui arriva: le corps de l'utérus ainsi que son col remontèrent d'abord facilement dans le bassin dans l'étendue de 3 centimètres environ. En continuant la réduction et en cherchant à faire rentrer le reste de la tumeur, ce qui devint plus difficile, je remarquai que le corps de l'organe ne remontait plus, qu'il était même fixé, au point que les manœuvres de réduction, que je continuai à exercer, ne servaient qu'à tasser l'utérus sur lui-même et à courber le col en arrière, à mesure qu'il rentrait avec le vagin dans le bassin. Lorsque la totalité de la tumeur fut réduite, l'ensemble de l'utérus présentait un arc de cercle très courbé dont la concavité dirigée en bas et en avant embrassait la vessie, et la convexité dirigée en haut et en arrière remplissait la courbe du rectum et la concavité du sacrum. Cette vicieuse réduction put néanmoins être obtenue sans douleur, et j'essayai de la maintenir avec le pessaire, sauf à le retirer s'il faisait souffrir la malade. L'introduction et la pose de cet instrument furent un peu difficiles et douloureuses; une fois placé, la malade nous assura qu'il lui causait plutôt de la gêne que de la souffrance; je l'engageai à le garder, ce qu'elle fit. Peu à peu la gêne devint plus grande, les douleurs se manifestèrent ainsi que des besoins pres-

Digitized by Google

que irrésistibles d'aller à la selle, et elle fut obligée de l'ôter dans la nuit. Le lendemain la tumeur était ressortie.

Le 29, je prescrivis des bains de siége froids, des lotions toniques et astringentes, et tous les soirs un petit lavement froid.

Le 10 mai, la tumeur devient plus volumineuse, plus pesante ; la malade y ressent de la chaleur et des élancements.

Le 11, les règles arrivent et durent cinq jours, elles sont très abondantes et laissent après elles de la faiblesse.

Le 17, l'affection ne subissant plus aucune amélioration, continuant à incommoder la malade, à l'empêcher de travailler, à entretenir l'incontinence d'urine, je me décidai à pratiquer l'opération.

Le 19, la malade est purgée le matin, et le soir une onction avec l'huile de croton est pratiquée sur les jambes et les cuisses.

Le 21, je pratique l'amputation de la totalité du col de l'utérus de la même manière que chez les malades précédentes, avec cette différence que pour saisir et lier deux artères du tissu utérin, au lieu de me servir de pince ou d'un ténaculum qu'il faut enlever, je me servis d'épingles recourbées pour saisir les vaisseaux et les lier avec un fil jeté et noué sur la convexité de l'épingle que je laissai à demeure. Un autre fil était fixé à la tête de l'épingle, afin de pouvoir la retirer les jours suivants, et l'empêcher de s'égarer parmi les autres pièces de l'appareil. Je coupai la pointe avec une pince incisive, afin que cette partie ne s'enfonçât pas dans les tissus voisins. — La portion enlevée de l'utérus avait une longueur de 5 centimètres ; elle présentait la substance de l'organe à l'état sain.

Le 21 au soir, pas d'hémorrhagie, pas de douleur abdominale ; fièvre légère, 85 pulsations. L'interne du service, M. Blache, a débouché deux fois la sonde afin d'évacuer la vessie ; ce qui tourmentait le plus la malade, c'était le besoin d'uriner.

Le 22 et le 23, aucun accident, pas de fièvre ; la mèche est changée pour la première fois le 23 au matin ; on fait une injection d'eau tiède. Une portion d'aliments est accordée..

Le 24, en changeant la mèche, les deux épingles et les ligatures qu'elles maintenaient tombent et sont amenées avec la mèche. — On fait une injection, on ordonne deux portions d'aliments.

La malade a continué à aller parfaitement jusqu'au 10 juin, époque où cesse tout pansement. L'utérus restant à sa place et la plaie ne donnant presque pas de pus, on fait seulement deux injections par jour, une le matin, l'autre le soir. Depuis plusieurs jours la malade mange trois portions.

Le 17, à l'examen au spéculum, on trouve la plaie entièrement cicatrisée, le fond du vagin présente une dépression froncée, rougeâtre qui va en se retrécissant, se confondre avec un petit mamelon percé à son centre et froncé lui-même. La malade est considérée comme guérie ; on lui permet de se lever deux heures.

Le 18, on touche la malade et on reconnaît que l'utérus ne s'est pas déplacé. — Afin de savoir si la guérison était solide, je garde cette femme à l'hôpital jusqu'au 21 août. Pendant près de deux mois elle aida les infirmières à faire leur service et ne fut nullement incommodée. A partir de l'opération et de la réduction de la tumeur, elle a toujours pu retenir ses urines.

Les règles ne reparurent que le 12 août ; elles eurent lieu sans douleur et furent moins abondantes que pendant le prolapsus. J'engageai cette femme à revenir me voir si la tumeur reparaissait, et je ne l'ai jamais revue, ce qui doit me faire supposer que la guérison s'est maintenue.

Digitized by Google

OBSERVATION XXVI. — *Allongement hypertrophique du col de l'utérus. — Renversement complet du vagin. — Métrorrhagies fréquentes et abondantes. — Pessaire nuisible. — Amputation de la portion sus-vaginale du col. — Guérison sans accidents du côté des organes sexuels et abdominaux. — Tubercules du cerveau. — Mort par méningo-encéphalite.* (Dessin de M. Lakerbaüer, pl. X.) — Observation recueillie par M. Courot, interne du service.

Le 17 octobre 1852, est entrée dans le service de M. Huguier, quatrième pavillon, n° 400, une malade, nommée Roc... Lou... Jean..., âgée de quarante-sept ans, piqueuse de bottines. Elle paraît avoir été douée d'une bonne constitution. Elle fut réglée pour la première fois à dix-sept ans, sans difficulté ni accidents. Les menstrues furent toujours régulières jusqu'au moment où s'est manifestée la maladie que nous allons décrire. Dans l'intervalle des règles, elle avait de la leucorrhée.

Elle s'est mariée à vingt-huit ans. Peu de temps après son mariage, elle devint enceinte, et accoucha à terme sans difficulté et sans accidents. Elle se rétablit promptement, et n'éprouvait aucune espèce de souffrance quand, en 1849, par suite de manque d'ouvrage, elle fut obligée de se mettre marchande des quatre saisons. Cette nouvelle profession l'obligeait à marcher beaucoup et à rester constamment debout. Il lui survint des douleurs très vives dans l'hypogastre; bientôt elle s'aperçut que sa matrice descendait.

Il y a trois ans et demi, le 6 mars 1849, elle entra à l'hôpital de Lourcine pour une syphilide et des tubercules muqueux à la vulve; elle y fut amenée par la police; elle fut rendue à la police le 4 mai, après un séjour de deux mois.

Il y a deux ans, elle eut une métrorrhagie, qu'elle attribue à une grande contrariété. Cette perte dura huit jours; elle fut accompagnée de fièvre, de violentes douleurs dans le bas-ventre. Ces douleurs étaient plus fortes à gauche qu'à droite; il y avait même du gonflement de ce côté. Les règles furent ensuite très irrégulières et apparurent tous les douze ou quinze jours. Il en est encore de même aujourd'hui; aussi cette femme est-elle pâle et très affaiblie.

Depuis un an les rapports sexuels sont devenus tellement douloureux que cette femme a cessé de voir son mari; aujourd'hui elle ne peut marcher ni même se tenir debout sans éprouver des douleurs très intenses dans les reins, les aines et les cuisses. Ses jambes flageolent sous elle lors même qu'elle n'a pas de douleurs. Parfois la matrice a pu remonter et rester assez longtemps en place.

Elle a porté pendant un an un pessaire en anneau. De temps en temps il lui causait des douleurs, et il ne la soulageait pas. Enfin, les douleurs devenant plus vives et continues, elle n'a pu le supporter plus longtemps. Elle affirme qu'elle n'a jamais eu de troubles vers la miction ni la défécation depuis qu'elle a son prolapsus.

Tel était l'état de cette malade quand elle fut amenée dans le service de M. Sandras pour une pneumonie. A la fin de sa convalescence, elle se plaignit de sa maladie de matrice, qui la mettait dans l'impossibilité de travailler et lui causait, disait-elle, une grande faiblesse et des tremblements dans les jambes. M. Sandras l'adressa à M. Huguier, qui l'examina le 18 octobre, et trouva entre les cuisses, au-dessous de la vulve, une tumeur ayant le volume et la forme d'un œuf très allongé; son diamètre vertical, mesuré du sommet au méat urinaire, est de 9 centimètres, et le transversal de 4 centimètres 3 millimètres vers le point le plus large. Le pédicule de la tumeur est étroit; il n'écarte pas fortement les nymphes l'une de l'autre, comme cela se voit d'ordinaire. Il n'existe plus de vagin à proprement parler, car il est complétement renversé; à peine si en arrière existe une petite rainure qui sépare le pédicule de la tumeur de

Digitized by Google

la fourchette. La membrane muqueuse vaginale est pâle et ne présente des rides qu'à la partie antérieure du pédicule; sa consistance est à peu près normale.

L'orifice du col, qui se présente sous la forme d'un petit croissant dont la convexité est dirigée à gauche, est placé à la partie antérieure de l'extrémité inférieure de la tumeur. — La vessie n'envoie qu'un très faible prolongement dans la tumeur, le rectum n'en envoie pas; aussi le méat urinaire est-il visible chez cette malade, et la miction, ainsi que la défécation, ne sont pas troublées. C'est aussi ce qui explique pourquoi les diamètres transversal et antéro-postérieur de la tumeur sont peu considérables.

M. Huguier a diagnostiqué d'avance qu'il y avait une hypertrophie longitudinale de l'utérus et une augmentation de sa cavité dans le sens de sa longueur. En effet, une sonde cannelée tout entière, jusqu'à son pavillon, a pu pénétrer dans l'utérus, et bientôt l'hystéromètre a prouvé que la cavité de cet organe avait 13 centimètres de profondeur.

Le toucher rectal permet de suivre l'instrument et la face postérieure du col; mais il ne peut remonter assez haut pour atteindre le fond de l'organe, que la main gauche, placée sur l'hypogastre, sent, ainsi que l'extrémité de l'hystéromètre, au-dessus des pubis, en ramenant en avant le fond de l'organe. — Tisane commune, bain, repos au lit; deux portions d'aliments.

Le 20, M. Huguier veut essayer l'application d'un pessaire ovalaire; la malade s'y oppose formellement à cause de l'inutilité du premier pessaire et des douleurs qu'il avait déterminées. M. Huguier, en face des douleurs, des accidents hémorrhagiques que détermine cette affection, et de l'impossibilité dans laquelle se trouve cette femme de marcher et de subvenir à ses besoins, lui propose d'enlever sa tumeur, proposition qui est acceptée avec empressement.

Le 24 octobre, en présence de M. Barth et de plusieurs autres médecins, après avoir chloroformé la malade, il procède à l'amputation de la portion sus-vaginale du col de la manière suivante : il fait saisir le museau de tanche avec une pince de Museux, le fait tirer en haut et en avant, introduit l'indicateur gauche dans le cul-de-sac postérieur, par le rectum; puis, avec un bistouri droit ordinaire, il pratique une incision semi-lunaire à concavité tournée en haut sur le point d'union de la paroi postérieure avec le col; il incise ensuite avec soin, et couche par couche, le tissu de la partie postérieure du col en se portant de plus en plus vers la cavité utérine. Il pratique ces incisions avec soin et avec la plus grande attention, afin de ne pas léser le péritoine, qui de ce côté descend très bas. Disons qu'il commence par ces incisions inférieures afin d'être moins gêné par le sang, et parce qu'il les regarde comme la partie la plus délicate de l'opération à cause du voisinage du péritoine, dont il faut éviter la lésion.

Dans le second temps de cette opération, il fait tirer le col en bas et en avant, et décrit sur l'insertion de la paroi antérieure du vagin une seconde incision semi-lunaire à concavité dirigée en bas, de telle sorte qu'elle embrasse le pourtour de la moitié supérieure de la base du museau de tanche, et que ses extrémités viennent rejoindre les extrémités de l'autre incision. Il dissèque ensuite rapidement et hardiment la partie antérieure du fond de la vessie qu'il refoule et fait refouler en haut et en arrière. Ce décollement de la vessie et de la partie antérieure du col est opéré dans l'étendue de 3 centimètres. Il incise ensuite obliquement de bas en haut et de dehors en dedans les couches les plus superficielles du tissu utérin. Alors le col ne tient plus au reste de l'utérus que par un pédicule du volume du petit doigt; il le divise d'un seul coup à l'aide d'un grand ciseau courbe.

Pendant l'opération, il n'y eut ni accident, ni hémorrhagie; on ne fit pas de ligatures. M. Huguier nous fait observer que c'est la première fois qu'il pratique cette opération sans être obligé de faire plusieurs ligatures d'artères. Sitôt après cette section, l'utérus et le vagin sont remontés à leur place et maintenus à l'aide d'une grosse mèche au centre de laquelle est placé

Digitized by Google

un bout d'une grosse sonde de gomme élastique pour empêcher que cette mèche se tasse et se pelotonne. Elle est fixée avec de la charpie, des compresses et un bandage en T. La malade est reportée à son lit. — Orangeade, repos absolu au lit, le bassin élevé.

Dans la journée, il y eut des besoins d'uriner, un peu de douleur et de ballonnement du ventre, et un suintement sanguin assez abondant, mais pas d'hémorrhagie. Dans la soirée, on renouvela le pansement, on mit une autre mèche, et la malade passa une très bonne nuit.

Le 25 octobre, l'état général est excellent, le ventre n'est ni ballonné, ni douloureux; la malade peut uriner sans qu'on retire la mèche; plus de suintement sanguin. — Orangeade, lavement simple; on maintient le bassin élevé; on couvre le ventre par précaution d'un grand cataplasme émollient. — Deux bouillons.

Le 26, Roc... accuse quelques coliques, de la céphalalgie, des douleurs dans les talons. Elle a un léger état fébrile qui dure de quatre à dix heures du soir, qui est précédé d'un léger frisson, mais non suivi de sueurs.

Le 28, l'état général est le même; pas de douleurs, pas d'embarras, ni de tension vers le ventre; la fièvre revient à la même heure.

2 novembre. Les deux jours précédents, la fièvre revint toujours à la même heure; elle dura plus longtemps et fut plus intense. M. Huguier prescrit 60 centigrammes de sulfate de quinine à prendre en trois fois.

Le 4 novembre, les accès de fièvre cessèrent d'être réguliers et intermittents; la peau devint constamment chaude, le pouls irrégulier et rapide; la céphalalgie prit une intensité extrême et fut accompagnée d'une tendance continuelle au sommeil; pas de douleur ni de tension abdominale. — Lavement purgatif, cataplasmes sinapisés aux jambes, continuation du sulfate de quinine.

Le 7 novembre, l'assoupissement est encore plus prononcé; la malade n'est tirée de son état de stupeur que pour donner des signes de délire aigu et d'agitation; elle pousse de temps en temps des cris perçants inarticulés; il faut l'interpeller vivement pour obtenir d'elle une réponse. Elle ne reconnut pas son oncle, qui vint la voir dans le jour. En l'examinant avec la plus grande attention, on ne trouve pas chez elle de paralysie, ni du mouvement, ni du sentiment. Les pupilles sont mobiles et non dilatées; il n'y a pas de surdité; la respiration est normale. Elle ne demande pas à manger, mais elle prend du bouillon qu'on lui offre. Elle rend involontairement les urines et les matières fécales. M. Huguier prescrit des compresses trempées dans l'eau froide sur la tête, des sinapismes aux jambes, et une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 8, l'abattement et la somnolence sont plus prononcés; la malade pousse à de longs intervalles des plaintes décousues; elle porte de temps en temps la main à sa tête, comme pour indiquer qu'elle souffre en ce point. Il n'y a toujours aucun accident du côté du ventre, qui reste plat, mou et indolent à la pression. Le pouls est plus rapide, plus petit, plus irrégulier que les jours précédents; son faciès est beaucoup plus altéré. M. Huguier et moi soupçonnons l'existence d'un abcès métastatique au cerveau.

Le 9, l'état est au moins aussi grave; la langue est sèche, les dents fuligineuses, et cependant il y a une sorte d'amélioration en ce sens que l'intelligence semble moins obscurcie. La malade répond facilement et catégoriquement aux questions qu'on lui adresse; mais ce mieux ne fut que très passager, car la malade succomba le 10 vers six heures du matin.

Autopsie le 11. — *Appareil encéphalique.* Congestion séreuse dans les méninges; il y a au moins un demi-verre de sérosité légèrement sanguinolente dans l'arachnoïde cérébrale. On trouve deux tubercules gros chacun comme la moitié d'une grosse noisette dans la partie inférieure du lobe antérieur droit du cerveau. Ces tubercules sont jaunâtres, friables, plus fermes

Digitized by Google

que la substance cérébrale dans l'épaisseur de laquelle ils sont placés. L'examen microscopique fit voir que ces petites masses étaient composées de matière tuberculeuse. La substance cérébrale était rose et injectée.

Le *cœur* était sain, ainsi que les *poumons*; seulement, le bord postérieur de ces derniers était gorgé de sang.

On ouvre avec le plus grand soin la cavité abdominale; on n'y trouve pas le plus léger épanchement de sérosité claire ou opaque; il n'y en a pas davantage dans les culs-de-sac péritonéaux. Le péritoine, qui passe de la vessie sur la face antérieure de l'utérus, a conservé toutes ses propriétés physiques; il est même transparent, il glisse avec facilité de l'utérus sur la vessie et *vice versa*. Le tissu sous-péritonéal est également très sain et conserve aussi sa transparence, sa laxité et sa souplesse; il en est de même de celui qui tapisse le cul-de-sac péritonéal recto-vaginal.

Toutefois, sur la surface postérieure gauche de l'utérus, on observe des fausses membranes très anciennes, résistantes, minces, claires et transparentes, qui unissent l'utérus à la partie correspondante du rectum. Une bride, longue d'un pouce et demi environ, mince et transparente, unit le fond de l'utérus à la face antérieure du rectum, un peu au-dessous de l'angle sacro-vertébral. Cette bride a son bord libre et tranchant dirigé en avant; son bord postérieur est adhérent à l'intestin; elle a à peine 1 millimètre dans sa plus grande épaisseur (pl. X, fig. 2, HH). Cette bride tient l'utérus un peu rétroversé. Des pseudo-membranes minces, comme pelliculaires, transparentes et en réseau, s'étendent de la partie antérieure gauche du corps de l'utérus aux annexes du côté correspondant. Rien à droite, si ce n'est au niveau de la trompe deux petits kystes sessiles, du volume d'une noisette, renfermant une sérosité transparente d'un jaune légèrement rosé; l'une semble dépendre du pavillon de la trompe, l'autre de l'ovaire. Sur aucun point de l'utérus, de ses annexes, ou du tissu cellulaire voisin, on ne trouve de pus ni de traces d'inflammation aiguë ou récente; il en est de même des veines du col, du corps de l'utérus et des ovaires. Fendues en tous sens, on n'y trouve aucune altération. Elles sont volumineuses, contiennent du sang noir non coagulé. Les vaisseaux lymphatiques de ces parties n'offrent aucune lésion; ils ne sont pas même visibles. L'ovaire du côté gauche est atrophié et induré; la trompe correspondante offre des *flexuosités* et trois dilatations formées par l'accumulation de son mucus; la plus considérable a le volume d'une grosse noisette. Des adhérences anciennes, que nous avons décrites plus haut, l'ont accolée à la partie latérale et postérieure gauche de l'utérus.

Le vagin présente de nombreuses et fortes plicatures transversales; les colonnes antérieure et postérieure sont plus prononcées que d'habitude. L'extrémité supérieure de ce conduit, c'est-à-dire la portion qui forme les culs-de-sac utéro-vaginaux offre une cicatrice lisse, polie, luisante, de forme circulaire, dont le grand diamètre est dirigé d'avant en arrière (pl. X, fig. 2, C) et a 4 centimètres d'étendue. Le diamètre transversal n'a que 2 centimètres 1/2. Cette cicatrice est limitée par un bord légèrement arrondi, offrant 2 ou 3 millimètres de saillie au-dessus de la surface de la cicatrice. Celle-ci répond en arrière à la partie inférieure du cul-de-sac péritonéal postérieur, dont elle n'est séparée que par une couche de tissu ayant 5 millimètres d'épaisseur; aussi cette cloison est-elle transparente. En avant et en haut, elle est formée par la partie postérieure du bas-fond de la vessie, de telle sorte que la surface extérieure de la base de cet organe constitue à elle seule le cul-de-sac antérieur du vagin dans une étendue de 2 centimètres d'avant en arrière et de 3 centimètres transversalement. De sa partie la plus reculée, c'est-à-dire qui se confond avec l'utérus, jusqu'au fond du cul-de-sac utéro-vésical du péritoine, on trouve une cloison qui offre près de 3 centimètres d'étendue, de sorte qu'on eû

Digitized by Google

pu décoller dans l'opération la vessie de l'utérus plus qu'on ne l'a fait, sans crainte de léser le péritoine.

Sur les côtés, cette cicatrice se perd dans l'épaisseur des ligaments larges ; il existe entre elle et l'uretère, de chaque côté, environ 1 centimètre de tissu cellulo-adipeux. Au-dessous d'elle, la partie supérieure du vagin est froncée. Au centre de cette cicatrice, on voit saillir les restes de la partie supérieure du col de l'utérus, qui vient s'y ouvrir obliquement de haut en bas et d'arrière en avant en forme de bec-de-flûte. L'orifice accidentel de la cavité du col, bien que cicatrisé, n'a subi aucun rétrécissement. Cet orifice offre transversalement 8 millimètres, et d'avant en arrière 5 millimètres. La totalité de la cavité utérine du corps et du reste du col présente 6 centimètres 1/4 de longueur. La longueur totale de l'utérus est de 7 centimètres 1/2, sa largeur de 5 centimètres 1/2, son épaisseur de 4 centimètres. L'épaisseur du fond, de la face interne à la face externe, est de 1 centimètre. Cet organe avait donc repris ses dimensions naturelles. Le cul-de-sac postérieur du péritoine n'a que 7 centimètres de profondeur.

Le tissu de l'utérus n'offre absolument aucune altération ; il est ferme, d'une consistance anormale, d'un blanc légèrement rosé ; sa cavité renferme un peu de mucus filant et transparent.

M. Huguier a disséqué lui-même les aponévroses pelvienne et périnéale, qui n'étaient bien manifestes que sur les parties latérales du bassin.

Les reins, le foie et la rate furent trouvés entièrement sains.

Il ne nous reste plus maintenant qu'à répondre avec toute liberté et impartialité à cette question : La mort a-t-elle été la conséquence de la lésion qu'on a fait éprouver à l'utérus et au vagin ? Nous n'hésitons pas à répondre par la négative.

1° Parce que l'examen le plus attentif du péritoine, de tous les organes abdominaux, et particulièrement des organes pelviens, n'a pu nous faire découvrir la moindre trace de péritonite aiguë, de suppuration, de métrite, de phlébite ou d'angioleucite. Les vaisseaux lymphatiques et les veines du col de l'utérus, des ligaments larges et des ovaires, ne nous ont offert aucune altération ;

2° Parce que, nulle part, nous n'avons trouvé de trace de pus ou d'infection purulente ;

3° Parce que déjà la plaie utéro-vaginale était cicatrisée et qu'autour de la cicatrice il n'existait pas le plus léger signe d'inflammation ;

4° Parce que, pendant la vie, on n'a jamais observé aucun symptôme d'affection utérine ou abdominale ;

5° Enfin, parce que les accidents que la malade a présentés et les altérations qu'on a trouvées dans l'encéphale rendent parfaitement compte de la mort. Depuis longtemps déjà le cerveau était malade, puisqu'il renfermait deux tubercules qui, tôt ou tard, soit spontanément, soit sous l'influence d'une perturbation du système nerveux, eussent amené le développement de la méningo-encéphalite à laquelle la malade a succombé, si la chloroformisation n'a pas été la principale cause de la manifestation de cette maladie à laquelle la malade était prédisposée par l'altération préalable de l'encéphale. Si donc l'opération a été pour quelque chose dans le développement de la méningo-encéphalite, elle n'a agi que comme cause perturbatrice générale du système nerveux central, et non comme opération spéciale. Tout ébranlement de l'économie, toute action chirurgicale eût pu causer le même résultat.

Digitized by Google

OBSERVATION XXVII. — *Allongement hypertrophique du col de l'utérus. — Rétroflexion ; renversement complet du vagin. — Ulcération ; incontinence d'urine ; métrorrhagies. — Déchirure de la partie antérieure du périnée ; affaiblissement considérable du plancher du bassin. — Un grand nombre de moyens ont été inutilement employés. — Amputation de la portion sus-vaginale du col. — Guérison passagère.* (Pl. VIII, fig. 4.)

Bout... Sophie, âgée de trente-sept ans, ancienne blanchisseuse, est entrée le 28 avril 1856, n° 407. Femme petite, blême, d'une chétive constitution, d'une bonne santé jusqu'à l'âge de dix-sept ans. A cette époque, établissement d'une menstruation douloureuse et irrégulière, qui cesse au bout de trois mois pour être remplacée par des fleurs blanches pendant trois ans. Dans ce moment, la matrice était déjà située très bas, et elle apparaissait même à l'extérieur, au dire de la malade. Au bout de trois ans, la menstruation se rétablit, mais d'une manière irrégulière, et plusieurs fois l'écoulement sanguin prenait tous les caractères d'une perte. Bout... dit qu'elle n'a jamais eu d'enfants ; elle assure n'avoir eu qu'une fois des rapports ave un homme ; des renseignements et l'état des parties sexuelles et celui de l'abdomen nous portent à douter de l'exactitude de ses assertions. En effet, l'abdomen présente de profondes et nombreuses vergetures ; la partie antérieure du périnée est déchirée, l'ouverture vulvaire fort large, la nymphe gauche présente une cicatrice de déchirure, et toutes les parties molles qui forment le plancher du bassin sont considérablement affaiblies. La malade, qui remplit maintenant les fonctions d'infirmière dans une maison religieuse consacrée aux femmes infirmes, craint probablement, en disant la vérité, de perdre sa place, ou la considération dont elle jouit. Comme la malade travaillait toujours debout, l'utérus se précipita de plus en plus ; ce n'est qu'il y a quatre mois que le déplacement devint aussi étendu que nous le voyons aujourd'hui. Du reste, ce n'est qu'à partir de ce moment que la malade commença à éprouver des douleurs lombaires violentes, des sensations de brûlure à la partie ; elle était forcée d'uriner à chaque instant. Elle était habituellement constipée ; elle songea alors à se faire traiter. M. Baumès essaya l'application d'un pessaire, mais il ne put tenir en place. Bout... en même temps prit un grand nombre de bains.

Tout travail étant devenu impossible, elle entra dans le service de M. Huguier en octobre 1854 ; la tumeur fut dessinée.

La malade fut tenue continuellement au lit pendant sept mois, le bassin élevé ; en même temps, on essaya de maintenir l'utérus par le rétrécissement du vagin et de la vulve. Le fer rouge fut plusieurs fois employé dans ce but ; il fut même appliqué deux fois sur le col. Une ulcération survint consécutivement sur la surface de celui-ci ; elle fut guérie par l'application de mèches cératées, le résultat du traitement fut nul et la malade sortit au mois d'août 1855 dans l'état où elle était entrée.

Depuis ce temps, les choses ont persisté, et la malade revient à l'hôpital le 28 avril 1856. A l'état de repos, c'est-à-dire lorsqu'elle est couchée ou assise depuis quelques instants, la malade n'éprouve aucun malaise, aucune douleur. Ce n'est que lorsqu'elle est levée depuis dix minutes environ, qu'elle sent un corps pesant descendre lentement et proéminer à travers la vulve. Alors la marche devient presque impossible par suite de la compression que les cuisses font éprouver à la tumeur. La précipitation de l'utérus a lieu également, lorsque la malade fait un effort pour uriner ou pour aller à la selle, mais alors le phénomène se produit brusquement. Lorsque l'utérus est sorti, la malade éprouve un tiraillement très pénible dans la région lombaire et dans le ventre, une sensation de compression àl 'anus; les envies d'uriner sont très

Digitized by Google

fréquentes, mais le phénomène le plus pénible consiste dans des douleurs très violentes dans la tumeur elle-même; la malade les compare à des coups de couteau. En se mettant au lit, elle repousse elle-même l'utérus, et les douleurs cessent comme par enchantement. Lorsqu'on la touche dans cet état, le doigt rencontre le col de l'utérus immédiatement au-dessus de l'entrée du vagin ; il est assez volumineux et sa surface est sèche. Autour de lui est une énorme voûte qui l'enveloppe complétement, et qui permet de sentir d'un côté le corps de l'organe, de l'autre presque toutes les parois du bassin. La muqueuse vaginale est sèche et ses rides ont complétement disparu. On ne sent que quelques bourrelets formés par le plissement de la paroi, par suite du tassement qui s'opère lors de la rentrée de l'utérus.

Lorsque la tumeur est dehors, on reconnaît facilement qu'elle est formée par l'utérus et les parois du vagin renversé. La muqueuse vaginale est luisante en certains points, rugueuse en d'autres ; elle est recouverte de vergetures rougeâtres transversales, rappelant les plis normaux du vagin, mais ne faisant aucune saillie. La muqueuse est mobile sur le corps de l'utérus, et on peut en soulever des plis assez considérables. Elle est épaissie, et a à peu près la consistance de la peau. Les parois antérieure et postérieure du vagin ont été complétement retournées par le prolapsus utérin; mais les latérales ne l'ont été qu'incomplétement, de sorte qu'on rencontre encore de chaque côté un cul-de-sac peu profond. Une grande ulcération douloureuse existe à 3 centimètres au-dessous de l'ouverture du col. Une portion de la vessie a été entraînée par l'utérus dans sa chute, de sorte qu'elle est aussi en dehors de la vulve, entre la paroi antérieure du vagin et la paroi antérieure de l'utérus. Une sonde, introduite dans l'orifice uréthral, doit être poussée, la concavité en bas, pour pénétrer dans la vessie. On la voit alors cheminer dans l'épaisseur de la tumeur et arriver jusqu'à 1 ou 2 centimètres du sommet au col de l'utérus; le fond de la vessie pénètre jusqu'à ce niveau.

L'orifice du col est trop étroit pour recevoir l'hystéromètre, mais une sonde cannelée pénètre assez facilement; elle démontre que la cavité de l'utérus, corps et col, a une longueur de 11 centimètres et demi. Mais pour constater cet allongement, il faut d'abord remédier à une direction vicieuse qu'a prise le corps de l'utérus; il est en rétroflexion sur le col. Cette rétroflexion est, du reste, très facile à faire disparaître.

Les incommodités et les souffrances qu'éprouve la malade lui font demander avec instance l'opération qui, dit-elle, a été pratiquée avec succès sur des personnes de sa connaissance.

Opération le 24 juin. — 1er *temps.* — Incision demi-circulaire à la partie postérieure de la tumeur, à 2 centimètres du sommet du col.

2e *temps.* — Séparation du cul-de-sac péritonéal recto-utérin ; incision divisant successivement les diverses couches de l'utérus en allant de la superficie au centre, et en remontant de plus en plus vers le corps de l'organe jusqu'à ce qu'on arrive dans sa cavité.

3e *temps.* — Une sonde étant introduite dans la vessie et pénétrant jusqu'à la partie la plus inférieure de son fond, une incision analogue à celle de la partie postérieure, et la rejoignant de chaque côté, est pratiquée immédiatement au-dessous de ce fond.

4e *temps.* — On décolle la vessie des couches superficielles de l'utérus ; seulement on remonte plus haut qu'à la partie postérieure. Lorsqu'on arrive à la cavité de l'organe, les deux incisions se rejoignent. Une portion de l'organe est enlevée complétement. Six ligatures sont appliquées dans le courant de l'opération.

Après l'opération, la tumeur présente à son sommet un cône creux, dont l'extrémité supérieure aboutit à la cavité de l'utérus. La portion enlevée représente, au contraire, un cône plein ayant en avant une longueur de 4 centimètres, un peu moins considérable en arrière.

Elle est traversée par la cavité du col. La tumeur est réduite et une forte mèche est intro-

Digitized by Google

duite dans le vagin; plusieurs compresses appliquées l'une sur l'autre, et retenues par de longues bandelettes de diachylon, maintiennent l'appareil. La malade est couchée sur le dos, le bassin très élevé; les membres sont entourés d'ouate, et des frictions avec l'onguent napolitain sont faites par précaution sur l'abdomen.

Dans la journée, écoulement de sang assez abondant; tendances assez répétées à la syncope; nausées, rejet des boissons, douleurs légères dans l'abdomen; compresses trempées dans l'eau froide sur la partie inférieure du ventre. La malade est sondée à neuf heures du soir, et l'on retire environ 200 grammes d'urine.

26 *juin.* — Les douleurs abdominales ont disparu; pas de fièvre. La perte de sang a cessé; on change la mèche. La malade est sondée deux fois par jour.

Pendant les derniers jours de juin, le ventre reste souple, sans douleurs même à la pression; la fièvre a complétement cessé. Le 30, la malade se plaint de quelques douleurs dans le bas-ventre. Applications d'onguent mercuriel; vésicatoires ammoniacaux aux cuisses.

2 *juillet.* — Les douleurs ont complétement disparu; abdomen souple; le cathétérisme n'est plus nécessaire; la mèche a été enlevée hier définitivement.

5 *juillet.* — Suppuration abondante et fétide par le vagin. Le doigt introduit pour voir s'il n'était pas resté quelque corps étranger dans la cavité vaginale, n'en rencontre aucun. Il arrive dans une sorte de cône creux formé par la perte de substance de l'utérus. Injections émollientes trois fois par jour.

Le 6 juillet, Le paquet de ligatures composé d'un assez grand nombre de fils est entraîné au dehors par la suppuration.

Le 9, à partir de la chute des ligatures, la suppuration diminue rapidement; aujourd'hui quelques gouttes de pus à peine apparaissent à la vulve; la malade se trouve très bien et mange une portion depuis deux jours.

Le 14, la malade va très bien, sauf une constipation assez opiniâtre qui nécessite l'emploi fréquent des purgatifs. Elle éprouve de temps en temps quelques coliques dans le bas-ventre. — Injections émollientes, une portion.

Le 20 juillet, la suppuration est à peu près terminée, l'utérus reste en place; le repos qui, jusqu'ici a été strictement observé, n'est plus nécessaire. La malade se lève un peu dans la journée et s'en trouve très bien. L'appétit semble se relever. Il y a désir de boissons cordiales et toniques, telles que limonade vineuse et vin, qui sont accordées.

Le 22, plus de douleurs; les fonctions digestives sont en assez bon état. La malade a repris des forces et le séjour hors du lit est très bien supporté.

Le 26, l'appétit disparaît, quelques légères douleurs apparaissent dans le bas-ventre. — Dans la journée, la malade est en proie à un mouvement fébrile débutant par des frissons et se terminant par de la chaleur et une légère moiteur à la peau. Sentiment de courbature générale, besoin de repos absolu. Rien du côté du péritoine. Le ventre est souple, l'utérus est à sa place et se maintient bien. — Extrait de quinquina, bouillons froids, sulfate de quinine, 0s,50.

Les deux ou trois jours suivants, les mêmes phénomènes se répètent malgré l'emploi du sulfate de quinine. On ne se rend compte de ces phénomènes qu'en invoquant le retour probable des règles retardées. — Application de serviettes chaudes et de sinapismes sur les cuisses et l'hypogastre.

Le dernier jour de juillet, les règles apparurent, elles furent peu abondantes, pâles, comme la malade les avait avant l'opération. Elles durèrent deux jours. Pendant le courant du mois d'août, la santé de la femme Bout..., fut assez bonne, elle put se lever, se promener dans les salles et descendre au jardin. A la fin du mois d'août, des douleurs lombaires très fortes appa-

Digitized by Google

rurent accompagnées d'angoisses, de céphalalgie, de douleurs dans les aines, le pouls s'accélère. Rétention d'urine qui nécessite le cathétérisme. Les douleurs durèrent ainsi pendant sept jours, mais furent à leur maximum pendant les deux premiers jours. Les règles ne vinrent pas, ce dont la malade ne s'étonna pas, vu l'irrégularité habituelle de la menstruation. Les douleurs se dissipèrent peu à peu, mais en laissant quelque sensibilité à la région lombaire.— Application d'un vésicatoire à cet endroit qui détermine une cystite cantharidienne, laquelle disparut au bout de trois jours. Le vésicatoire enleva les derniers restes de la douleur lombaire, et pendant le mois de septembre Bout... se porta très bien ; sa tristesse disparut, les fonctions digestives se rétablirent, elle demande sa sortie le 24 septembre 1856. Nous procédons à son examen avant sa sortie de l'hôpital.

Aucune tumeur ne proémine entre les grandes lèvres. Lorsqu'on entr'ouvre celle-ci, on aperçoit, à l'entrée du vagin, une petite tumeur rouge, muqueuse, formée par la paroi postérieure du vagin, augmentant par les efforts de toux et par l'introduction du doigt introduit dans le rectum (rectocèle vaginal). Le doigt introduit dans le vagin trouve le col assez haut, au moins à 7 centimètres. Le col est représenté par une cicatrice à deux lèvres ayant une direction transversale dans son plus grand diamètre, et à laquelle on reconnaît une partie centrale formée par le col utérin. De chaque côté partent deux brides cicatricielles formées par la partie excisée des parois vaginales. L'utérus reste à sa même place lorsque la malade se lève et se promène.

J'ai revue la malade un an plus tard, et j'ai appris d'elle que quatre mois après, à la suite de fatigue, la tumeur s'était reproduite. Toutefois la rétroflexion n'existe plus et la malade est moins souffrante. La tumeur ne reprend jamais un volume aussi considérable que celui qu'elle offrait avant l'opération.

OBSERVATION XXVIII. — *Allongement hypertrophique du col de l'utérus. Renversement incomplet du vagin ; opération ; guérison.*

Boutre... Vict... Alex..., blanchisseuse, quarante-cinq ans, rue des Boudoux, 17, à Courbevoie, entrée le 3 juillet 1856.

Réglée à l'âge de seize ans, menstruation assez irrégulière, seulement depuis quelques années les époques menstruelles reviennent d'une manière plus régulièrement périodique.

Mariée à vingt et un ans, les trois premières années du mariage, pertes après cessation des règles pendant deux ou trois mois (véritables fausses couches au nombre de quatre, autant que s'en souvienne la malade). Après trois ans de mariage un premier enfant. Cette couche fut très heureuse et ne fut suivie d'aucun accident. Le second accouchement, il y a quatorze ans, fut long et laborieux ; après quarante-huit heures de travail, le médecin fut obligé d'appliquer le forceps ; l'enfant sortit vivant et existe encore ; le médecin prévint la malade qu'elle serait obligée de porter un pessaire. Remise de ses couches, elle se trouva fort bien, et se dispensa de suivre le conseil de son médecin. Devenue enceinte une troisième fois, elle accoucha heureusement et promptement. Après cette couche, Boutre... sentait dans l'intérieur du vagin une grosseur qui descendait lorsqu'elle travaillait beaucoup. Une fausse couche et enfin une dernière conception il y a trois ans environ. Pendant sa grossesse, vers le premier mois, la malade fut obligée de porter un bandage. La grossesse continua à l'aide de ce moyen, et alla à son terme ; l'accouchement eut lieu heureusement. Depuis lors, la tumeur, que la malade avait sentie dans le vagin, continua à descendre et à augmenter. Elle arriva assez promptement au volume qu'elle a aujourd'hui. La pression déterminait une gêne assez grande

Digitized by Google

ches la malade ; elle craignait les approches de son mari qui pour elles étaient toujours fort douloureuses. Elle éprouvait une pesanteur dans les lombes et dans les aines. Obligée par son état de se livrer à d'assez grands efforts, elle ressentait une fatigue considérable, et était souvent forcée de suspendre son travail. Les règles ont toujours continué à couler, et même d'une manière plus régulière que dans les commencements. La tumeur était réductible, on essaya de la maintenir réduite à l'aide d'un bandage composé d'une ceinture et d'une bande de cuir passant entre les cuisses au-devant du pubis et de l'ouverture vulvaire, supportant une masse d'ivoire que la malade introduisait dans le vagin pour soutenir la tumeur.

Deux jours après son entrée à l'hôpital, la malade s'étant levée dès le matin, nous pûmes constater l'état suivant : tumeur faisant saillie entre les lèvres de la vulve, de forme cylindrique, descendant 7 centimètres environ au-dessous de l'ouverture vulvaire, recouverte d'une membrane muqueuse rose pâle, mobile sur les parties sous-jacentes, sèche, épaisse, n'offrant presque aucune trace des plis transversaux du vagin. En la palpant, on sent une sorte de noyau central et résistant formé par le col de l'utérus. Le doigt, contournant cette tumeur, est arrêté au niveau de la symphyse du pubis, et ne peut remonter. Sur les côtés, mais surtout en arrière, le doigt peut remonter dans le vagin jusqu'à la moitié de la deuxième phalange. Les parois vaginales sont donc complétement renversées en avant, mais non sur les côtés et en arrière. Au sommet de cette tumeur se trouve une fente transversale à bords inégaux, irréguliers, offrant des cicatrices : c'est l'ouverture de la cavité utérine. Cette fente reçoit facilement une sonde cannelée qui s'enfonce librement, et en ligne droite, dans une longueur de 11 à 12 centimètres. Le méat urinaire est à sa place ; mais par le cathétérisme, on constate un changement de direction du canal de l'urèthre et de la vessie. Il faut, pour arriver dans la vessie, que la sonde ait une forte courbure (une sonde d'homme est l'instrument le plus convenable) ; de plus, il faut que la sonde soit introduite, la concavité dirigée d'abord horizontalement, puis en bas et un peu en avant. On voit alors le bec de la sonde cheminer vers les parois de la tumeur sous la muqueuse qu'elle soulève. Le bec de la sonde, arrêté par le fond de la vessie, soulève la muqueuse à 2 centimètres environ de l'extrémité inférieure de la tumeur. La vessie a donc été entraînée par l'utérus ; liée à cet organe par un tissu cellulaire serré, elle a suivi son mouvement de descente, et a pénétré avec lui sous le vagin retourné.

Le toucher rectal ne fait rien constater d'anormal dans la direction de l'intestin. La tumeur réduite, si l'on pratique le toucher vaginal, on pénètre dans une vaste cavité à parois molles et sans résistance ; au centre, le col utérin est mobile (bassin large). Cette tumeur sort de la partie dans les efforts de défécation et de miction. Lorsque la malade se livre à son travail qui est rude et demande de grands efforts musculaires (blanchisseuse), la plupart du temps la descente est brusque. La tumeur est réductible, et dans la position horizontale, la malade la rentre avec une très grande facilité.

Troubles physiologiques. — Douleur et fatigue dans les aines et dans les lombes ; douleur dans la tumeur elle-même ; fatigue générale considérable après les efforts de travail que nécessite son état ; gêne mécanique produite par la présence de la tumeur ou du bandage lorsqu'elle est réduite. Ces phénomènes de gêne, de fatigue, plutôt que de douleur, sont portés à un tel point que la malade n'hésite pas à demander l'opération, quelle qu'en puisse être l'issue. Aucun symptôme du côté du rectum. Envies fréquentes d'uriner et quelquefois douleur en urinant ; approches du mari douloureuses, assez pour que la femme les redoute.

Opération pratiquée le 10 juillet 1856. — La femme se lève le matin avant la visite et fait quelques tours dans la salle pour faire sortir la tumeur qui était rentrée depuis deux jours pendant lesquels la malade avait presque constamment gardé le lit. M. Huguier fait placer

Digitized by Google

cette femme comme pour l'examiner au spéculum ; elle est couchée sur le dos, le bassin sur le bord du lit. Le chirurgien commence par introduire un doigt dans le rectum pour s'assurer de la direction de l'intestin et de la disposition de la cloison recto-vaginale, puis il explore avec une égale attention la paroi postérieure du vagin pour savoir au juste quel est le degré de renversement de ce conduit en arrière, une des exigences les plus délicates de l'opération étant de respecter le cul-de-sac péritonéal.

1er *temps*. — Prenant alors avec des pinces à griffes le col de l'utérus saillant au dehors, il l'attire en avant, en le relevant en même temps en haut. Confiant les pinces à un aide, il prend le bistouri, pratique une incision demi-circulaire horizontale portant sur la portion du vagin retournée qui a suivi l'utérus dans son mouvement de descente. Cette incision porte sur la portion vaginale du col, par conséquent au-dessous du repli péritonéal utéro-rectal.

2e *temps*. — Cette incision faite, le chirurgien divise le tissu de l'utérus couche par couche, en dédolant et en dirigeant son bistouri de bas en haut et d'arrière en avant, de manière à donner à la division de l'utérus une direction semblable ; il pénètre ainsi jusqu'à la cavité utérine. Une seule ligature d'artère est nécessaire pendant ce temps de l'opération.

3e *temps*. — Le col étant abaissé et rejeté en arrière, introduction d'une sonde dans la vessie ; un aide la maintient en ayant soin de faire saillir le bec, de manière à faire distinguer l'extrémité vésicale à travers la muqueuse vaginale. Incision au-dessous de la saillie ; dissection pour isoler la paroi vésicale inférieure et postérieure. Incision en dédolant des couches de l'utérus portant sur cet organe plus haut que l'incision postérieure ; ligature de trois ou quatre artérioles pendant ce temps de l'opération. Enfin, on arrive à la cavité utérine, et l'incision antérieure rejoignant la postérieure, l'extrémité inférieure de l'utérus est enlevée.

La portion, ainsi enlevée, pèse 33 grammes; elle présente à sa partie inférieure le col utérin ; son extrémité supérieure est formée par la réunion de deux plans dont l'antérieur est plus court et plus horizontal que le postérieur ; elle a une longueur de 4 centimètres.—Pansement : mèche dans le vagin pour soutenir l'utérus rentré. Charpie, compresses et bandage en T pour soutenir le tout ; frictions d'huile de croton sur les parties latérales du thorax et sur les cuisses.

Deux heures après l'opération, frisson et pâleur que la malade attribue à la vive émotion qu'elle avait ressentie. Un peu d'écoulement sanguin tachant deux alèzes; ténesme vésical douloureux ; deux vomissements ou plutôt régurgitation de tisane ; du reste, pas de fièvre, ventre souple, non douloureux.

Le 11, la face est rouge, le pouls plus fréquent et plus dur ; pas d'écoulement de sang pendant la nuit ; le ténesme vésical n'existe plus ; pas de vomissement. Abdomen souple, non douloureux ; malgré ce léger mouvement fébrile, la malade se trouve mieux qu'hier.

Le 12, la fièvre a cessé ; l'aspect du visage est bon ; pouls normal ; pas de chaleur à la peau ; plus de douleur de vessie ; appétit ; une demi-portion d'aliments.

Le 13, les suites de l'opération ont été très satisfaisantes ; il ne s'est présenté qu'une légère hémorrhagie qui a été facilement arrêtée par l'élévation du bassin et des compresses froides sur l'hypogastre et les cuisses. On laisse toujours la mèche vaginale. Depuis ce jour, le repos le plus absolu est observé ; le régime est un peu sévère et la constipation existante est combattue par de légers lavements simples. La malade va parfaitement et mange une portion avec un appétit qui s'est à peine interrompu lors de l'opération.

Le 14, les menstrues surviennent sans douleurs, sans accidents, et au jour ordinaire. La malade est très satisfaite de sa position. Elle se croit guérie. La mèche est enlevée, et le vagin et l'utérus sont parfaitement libres. Le toucher montre que l'utérus est resté assez haut dans

Digitized by Google

le bassin, le moignon qu'il présente est assez résistant et solide, quoique la suppuration continue.

Le 16, les règles sont terminées; la malade se trouve très bien; elle veut se lever et demande des aliments. Le repos absolu est prescrit formellement.

Le 17, la malade a un peu de dévoiement et de douleur hypogastrique accompagnés d'une légère accélération fébrile du pouls. Tisane de riz; lavement amidonné laudanisé; julep diacode; diète.

Le 18, tout est rentré dans l'ordre; pas de douleur, l'appétit est bon. L'utérus se maintient toujours; le 20, même état.

Le 9 août, jour de la sortie, l'état général de la malade est excellent. Quant à l'état de l'utérus et du vagin, voici ce que l'on trouve : de prime abord, la vulve, un peu entr'ouverte, laisse voir un bourrelet muqueux, blanchâtre et ridé, qui n'est autre que la paroi antérieure du vagin avec son bulbe. Au-dessous de cette portion muqueuse, le doigt pénètre dans le vagin et est bientôt arrêté à la profondeur de 6 centimètres par un froncement ouvert à son centre, et qui est le moignon de l'utérus. Cette partie n'offre pas de sensibilité anormale et paraît bien maintenue, car le doigt ne la déplace pas d'une manière considérable. Le toucher, pratiqué dans le décubitus dorsal ou dans la position verticale, ne montre pas de différence appréciable dans la hauteur occupée par l'utérus. En cherchant à circonscrire le moignon utérin, on parvient facilement à déprimer les parois vaginales sur les côtés, et surtout en arrière où l'on peut sentir se former un cul-de-sac même assez prononcé. La direction de l'axe utérin m'a semblé être à peu près normale. Le moignon n'offre plus aucun suintement, seulement parfois la malade perd un peu en blanc, accident qui ne résiste pas aux injections astringentes de bistorte et de ratanhia; car le jour même de la sortie, la malade n'offre plus cet écoulement, et le doigt n'est pas mouillé d'une manière sensible. En somme, tout va à merveille; état local parfait; parfaite santé générale; excellentes fonctions digestives; pas de douleurs ni d'accidents quelconques.

La malade sort le 9 août. Elle se rend chez elle à Courbevoie, portée dans une voiture de blanchisseuse où elle fut rudement secouée. Malgré cette imprudence, les règles vinrent à l'époque ordinaire, quelques jours après, vers le 13 ou le 14 juillet; elles durèrent deux jours, comme avant l'opération, furent peu douloureuses. Pendant son séjour chez elle, elle ne prit aucun soin de sa santé; aussi elle tomba bientôt dans un état assez alarmant : face pâle et bième, amaigrissement; troubles de la nutrition. Tour à tour alternative de diarrhée et de constipation. Douleur vague dans l'abdomen, siégeant surtout au niveau des aines. Douleur dans l'épaule gauche dépendant d'une ancienne affection rhumatismale. Son mari voulut une fois consommer avec elle l'acte conjugal, mais son approche fut douloureuse et elle ne put la supporter. Ainsi affaiblie, la malade se décida à rentrer à l'hôpital, le 13 septembre.

L'examen local fait reconnaître une tumeur saillante à la vulve formée par la vessie et la paroi antérieure du vagin. Par le toucher, on arrive dans une sorte de cul-de-sac formé par la cicatrice de l'utérus. Toutes les parties sont dans l'état le plus satisfaisant. Le ventre est un peu tendu, douloureux; le premier jour de l'entrée, rétention d'urine; le cathétérisme fut pratiqué une fois. Au bout de quelques jours de séjour à l'hôpital, grâce à un régime convenable, aidé de quelques frictions et de grands bains, Boutr... se trouva beaucoup mieux; la figure perdit son expression de souffance; la pâleur disparut peu à peu; le ventre est mou et moins douloureux. Les selles sont plus régulières et la malade se lève, s'occupe dans les salles à des travaux peu fatiguants. Cependant, malgré toutes les recommandations, la malade tombe de temps en temps dans des écarts de régime.

Digitized by Google

Les règles reviennent le 8 septembre au soir, sans douleur de reins ; un peu de pesanteur à l'aine droite ; elles durent encore le 11 au matin.

20 *septembre*. — Même état.

26 septembre, Boutr..., se trouvant complétement rétablie, demande sa sortie. La santé est bonne ; elle accuse seulement quelques douleurs vagues qu'elle compare à de la pesanteur aux hypochondres. L'examen des parties sexuelles fait constater à l'entrée de la vulve une tumeur grosse comme une petite noix, d'un rouge pâle, facilement réductible. Cette tumeur est constituée par la paroi vésicale antérieure (cystocèle vaginale). Pour pénétrer dans le vagin, le doigt est obligé ou de la réduire, ce qui est très facile, ou de glisser en arrière. On tombe alors dans un cul-de-sac assez profond, au fond duquel on ne trouve pas le col utérin. Si l'on ramène le doigt en avant, on rencontre le col de l'utérus situé environ à 6 centimètres au-dessus de l'ouverture du vagin faisant suite à la paroi vaginale antérieure. Le col ne donne pas de sensation ordinaire. On sent une cicatrice ayant une forme ovalaire, son grand diamètre est longitudinal. D'après ce que nous dit la malade, la tumeur, qui apparaît à l'entrée du vagin, augmente dans le décubitus dorsal, et diminue beaucoup de volume, lorsqu'elle est levée depuis quelque temps. Ce fait prouve que l'utérus ne change pas de place et ne tombe plus. Cette tumeur vaginale, formée par la paroi antérieure doublée d'une portion du bas-fond de la vessie, doit augmenter dans le décubitus horizontal, par la position et par l'accumulation d'une portion de l'urine dans son intérieur. Elle doit diminuer par l'absence de ces causes dans la position verticale. Avant de sortir de l'hôpital, M. Huguier fait constater sa guérison par M. Robert. On ne sent pas à l'hypogastre le fond de l'utérus ; ceinture hypogastrique.

Le 30 octobre, cette femme est venue nous voir ; elle a fait la route de Courbevoie à Beaujon à pied. Voici ce que nous trouvons : la cystocèle vaginale est assez considérable : l'utérus n'est pas descendu, et l'on trouve la cicatrice qui remplace le col à 5 ou 6 centimètres de l'entrée du vagin. Elle venait demander une autre ceinture hypogastrique, celle qu'elle portait la blessant.

Le 11 août 1858, deux ans après l'opération, cette malade se présente à ma consultation de l'hôpital Beaujon. Elle est encore parfaitement guérie de son prolapsus utérin : on ne sent même pas le col ni l'utérus au toucher. Cependant elle est venue à pied de Courbevoie. A l'examen au spéculum, on voit une cicatrice lisse et luisante ; l'ouverture du col a un demi-centimètre d'étendue. Il y a une cystocèle et un commencement de rectocèle qui incommodent très peu la malade, et ne l'empêchent pas d'exercer son état.

OBSERVATION XXIX. — *Allongement hypertrophique et prolapsus complet du col de l'utérus. — Réduction complète impossible. — Amputation partielle de l'organe. — Guérison.* (Dessin de M. Lambert, pl. XII, fig. 3, 4 et 5.) — Observation recueillie par M. Devouges, interne du service.

Chaudet (Antoinette), blanchisseuse, à Boulogne, âgée de vingt-six ans, entrée le 27 avril 1857. — Elle a toujours exercé la profession de blanchisseuse, qui la force à travailler continuellement debout. Bonne santé antérieure, aucune maladie grave. Réglée à dix-neuf ans ; la menstruation a toujours été assez irrégulière, les règles venaient habituellement tous les quinze jours, et assez abondantes pendant quatre à cinq jours. Pas de flueurs blanches ; palpitations et maux d'estomac. — Mariée à vingt et un ans. — Pas de grossesse. Il y a quinze mois environ, en levant un paquet très lourd, elle éprouva une sensation de déchirement dans le ventre et des douleurs lombaires très violentes. La malade fut obligée de se mettre au lit pendant vingt jours. — Application de sangsues à l'hypogastre. — Elle reprit son travail, mais au bout de quelques jours elle

Digitized by Google

sentit une tumeur apparaître à la vulve. Elle affirme que la tumeur a toujours été aussi volumineuse qu'elle l'est maintenant. En même temps, douleurs dans le bas-ventre et dans le haut des cuisses, à peine marquées dans la région des lombes, exagérées à l'époque des règles. Envies fréquentes d'uriner, miction indolore.

La tumeur se réduisait le plus souvent par le repos au lit; la malade aidait à la réduction avec la main; les douleurs disparaissaient en même temps; les accidents reparaissaient quand la malade était debout. Aucun traitement.

La malade entre le 27 avril à l'hôpital Beaujon : c'est une femme assez grande, mais à teint pâle, à chairs molles. Les palpitations et les maux d'estomac dont elle se plaint ont un peu cessé depuis quelque temps. Il existe des douleurs dans le bas-ventre et les cuisses, des envies fréquentes d'uriner. — A la vulve, on trouve une tumeur qui disparaît par le repos au lit. Voici les caractères qu'elle présente quand elle est sortie.

Il est facile de reconnaître qu'elle est formée par l'utérus, dont le col et la partie inférieure du corps sont hors de la vulve, qu'ils dépassent de 10 centimètres. — Col petit, virginal, à ouverture arrondie. Au col succède la muqueuse vaginale renversée; elle a conservé ses rides transversales, mais elle est sèche, rugueuse, et a pris en partie les caractères du tissu cutané. Elle se termine en haut par un cul-de-sac circulaire peu profond qu'on fait disparaître complétement en tirant un peu le col en bas. En palpant la tumeur à travers cette muqueuse, on peut suivre le col et une partie du corps, qui ne semblent pas avoir subi une grande augmentation dans leurs diamètres transversaux.

En touchant par le rectum, on tombe de suite en avant dans un cul-de-sac situé à la partie postérieure de la tumeur utérine. Le doigt, recourbé en crochet, pénètre dans ce cul-de-sac et vient ressortir par la vulve en arrière du col, recouvert par les parois rectale et vaginale accolées. Une portion de la face antérieure du rectum a donc été entraînée dans la chute de l'utérus. Porté plus haut dans le rectum, le doigt suit la paroi postérieure de l'utérus, très allongée, et dont il ne peut atteindre l'extrémité supérieure. Cet organe ne paraît, du reste, avoir subi aucune flexion sur lui-même; il est droit et a sa situation normale. Le diamètre transversal de l'utérus est très peu considérable, et l'organe ne paraît pas avoir subi d'hypertrophie dans ce sens.

L'orifice uréthral est dans sa position normale, seulement un peu poussé en avant. Lorsqu'on introduit une sonde dans la vessie, il est facile de reconnaître que la plus grande portion de cet organe a conservé sa position derrière la symphyse; il s'écoule de cette partie une très grande quantité d'urine. Mais, en élevant le pavillon de la sonde du côté de la symphyse du pubis, et en portant le bec en bas et du côté de la tumeur, on peut aussi la faire pénétrer de ce côté dans une portion de la vessie, qui a été entraînée avec l'utérus et qui se trouve à la partie antérieure et supérieure de la tumeur. Le bec de la sonde proémine en cet endroit et peut être promené dans la cavité de cette portion, qui est bien moins considérable que celle restée dans sa position normale.

La réduction de la tumeur ne peut être obtenue que jusqu'à l'extrémité inférieure du vagin.

Le cathétérisme de la cavité utérine, pratiqué par M. Huguier, ne donne pas un allongement aussi considérable qu'on pourrait le croire d'après le toucher rectal. La sonde ne pénètre qu'à 9 centimètres 1/2. — Écoulement de quelques gouttes de sang.

Le 12 mai, M. Huguier purge la malade et fait faire par précaution des frictions d'huile de croton sur le bas-ventre. — Éruption assez abondante dès le lendemain.

Opération le 13 mai. — Emploi du chloroforme. Première incision en arrière, en fer à cheval, au-dessous du cul-de-sac rectal, qui est disséqué et porté en arrière. L'instrument

Digitized by Google

entame ensuite la substance du col, et par des incisions successives de plus en plus profondes divise la cavité de l'organe. Trois artères sont liées. Seconde incision en avant semblable à la première et la rejoignant de chaque côté. Décollement de la vessie, et incision du tissu utérin comme en arrière, seulement en remontant un peu plus haut. Ligature de dix artères, dont sept sont saisies avec les pinces et liées directement; les trois autres sont liées sur des épingles courbées dont on se sert comme de ténaculum à demeure. Une petite artériole donne encore en arrière; mais, au moment où on s'apprête à la saisir, l'utérus remonte brusquement. Une mèche cératée, au centre de laquelle on a disposé un morceau de sonde, est introduite dans le vagin et soutenue par des compresses et un bandage en T. La malade n'a accusé aucune douleur pendant l'opération.

La portion de tumeur enlevée a 5 centimètres de longueur au centre (pl. XII, fig. 4).

Eau de gomme sucrée, frictions nouvelles d'huile de croton de chaque côté, au-dessous des côtes. M. Huguier me prie de faire une saignée dès le soir s'il y a de la fièvre et quelques douleurs.

Après avoir été reportée dans son lit, la malade se plaint immédiatement de douleurs vives. Je desserre un peu le bandage, et elle est soulagée. — A midi, écoulement de sang; la sœur envoie chercher l'interne de garde : il lui paraît trop peu abondant pour être inquiétant. — Pas de douleurs à ce moment. A deux heures de l'après-midi, douleurs violentes dans l'abdomen et frisson intense; nausées. M. Bertholle trouve la malade très abattue; il constate que la douleur est très vive et très superficielle. L'état du pouls, qui est excessivement petit, s'oppose à ce qu'on fasse une saignée générale. Il ordonne quinze sangsues sur l'abdomen.—Glaces à l'intérieur.—Quatre heures, face très pâle, les douleurs abdominales persistent; pouls très petit. Les piqûres de sangsues donnent du sang en grande abondance. M. Huguier vient à six heures. Il ajoute au traitement des onctions d'onguent napolitain et des révulsifs sur les membres.

Le lendemain 14, amélioration considérable, facies bon; face rouge et animée; douleurs bien moins considérables, plus de nausées; pouls à 104. La mèche est complétement sortie, on ne la remplace pas. Cataplasme de fécule sur le ventre; orangeade sucrée.

Le 15, l'état général continue à être bon; la malade est parfaitement calme; le visage n'a plus aucun caractère péritonéal. Les douleurs existent encore dans l'abdomen, mais beaucoup moins vives; le pouls conserve de la fréquence (108).

Le 16, même état; douleurs abdominales légères; visage calme; pouls à 108.

Le 17, l'amélioration continue; la malade se plaint de souffrir dans la vulve. M. Huguier la touche et trouve le vagin rempli de détritus sanguins décomposés et très fétides. Je fais moi-même plusieurs injections successives d'eau de laitue, qui entraînent tous les liquides contenus dans le vagin; plusieurs fils sortent avec deux épingles.

Le 18, même état; légère salivation, douleur buccale, rougeur des gencives. — Deux injections vaginales, cessation des onctions; julep avec chlorate de potasse, 4 grammes.

Le 19, même état; pouls à 96, eau de Sedlitz, chlorate de potasse; deux injections.

Le 21, tous les fils et les trois épingles sont tombés; état très bon; deux injections.

Les 22 et 23, *idem*. M. Huguier fait refaire des frictions d'huile de croton aux membres inférieurs.

Le 27, plus le moindre accident; état très satisfaisant.

Le 4 juin, la malade continue à bien aller. — Continuation des injections.

Le 10 juin, la malade se lève, ne souffre plus. Le toucher fait sentir au fond du vagin un cul-de-sac plissé en infundibulum, formé par la muqueuse vaginale, au fond duquel se trouve un orifice de la largeur d'une pièce de 50 centimes.

Digitized by Google

Le 20 juin, Chaudet sort. L'orifice de l'infundibulum s'est rétréci; il n'a plus que la largeur de l'ouverture du col utérin d'une femme nullipare. Du reste, plus de douleurs. L'utérus ne retombe pas lorsque la malade est debout; il est situé aussi haut qu'à l'état normal, et la hauteur à laquelle le doigt le remonte est la même que dans la position horizontale. Elle marche facilement et sans gêne.

Dix-huit mois après l'opération, le 22 décembre 1858, cette jeune femme est venue à ma consultation de l'hôpital pour des douleurs qu'elle éprouve depuis un mois dans l'aine droite et la partie correspondante du ventre. Nous avons pu constater alors que le prolapsus de l'utérus, la chute et le renversement du vagin, étaient parfaitement guéris. Elle ne souffre plus de ce côté. Les règles sont régulières et les rapports sexuels s'accomplissent sans douleur; elle souffre seulement, comme beaucoup de femmes, vingt-quatre heures avant les règles. — Le toucher apprend que l'utérus est resté à sa place.

OBSERVATION XXX. — *Allongement hypertrophique de l'utérus. — Précipitation du col de cet organe. — Chute et renversement complets du vagin. — Rectocèle, cystocèle, ulcération de la tumeur, troubles fonctionnels graves, déchirure complète du périnée. — Diverses espèces de pessaires inutiles. — Double opération. — Guérison.* (Dessin de M. Lackerbauer, pl. XII, fig. 2.) — Observation recueillie par M. Bertholle, interne du service.

Le 29 septembre 1857 est entrée à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Clotilde, n° 52, la nommée Rol... Marg..., âgée de quarante-deux ans, blanchisseuse. Cette femme a toujours joui d'une bonne santé, si on excepte les troubles causés par sa maladie des organes sexuels. Elle a eu trois enfants; le premier accouchement nécessita l'application du forceps. Le périnée fut entièrement déchiré; on ne prit aucun soin de cette déchirure, de sorte qu'aujourd'hui le périnée n'existe plus (fig. 2). Le dernier accouchement remonte à treize ans. A la suite de cet accouchement, elle a éprouvé une perte abondante. Depuis cette époque, l'hémorrhagie ne s'est pas reproduite. La chute de l'utérus et du vagin date, dit-elle, de quatre ans.

Elle commença à sentir, il y a sept ans environ, vers l'ouverture de la partie, deux grosseurs : l'une en avant, l'autre en arrière. Habituellement ces grosseurs étaient molles, douces au toucher, et ne la faisaient pas souffrir. Elles augmentaient beaucoup lorsqu'elle était debout, faisait un effort, ou était tourmentée par le besoin d'uriner ou d'aller à la garderobe. Elles rentraient presque entièrement lorsque la malade se couchait. Deux ans après, ces tumeurs augmentèrent beaucoup, en longueur surtout. Une troisième tumeur, dure, élastique et douloureuse, qu'elle n'avait jamais sentie, vint se placer entre les deux premières. La malade, en posant les doigts sur le col de l'utérus, indique quelle est cette troisième tumeur.

Dans le principe, elle n'éprouvait d'autre inconvénient que celui qui résulte de la gêne de la marche. Plus tard, elle éprouva de la peine à uriner et à aller à la selle.

Un an après, la tumeur sortit davantage; elle devint gênante par son poids, et même douloureuse lorsque la malade était debout. Un écoulement de matière glaireuse et sanguinolente s'en écoulait constamment, salissant promptement son linge et le rendant dur et d'un contact pénible. La tumeur devint habituellement douloureuse. Enfin, cette femme, qui ne pouvait plus retenir ses urines, en vint à ne plus pouvoir rester debout ni marcher, ce qui la détermina à venir à l'hôpital, où elle fut admise dans le service de M. Robert. Il la fit examiner par M. Huguier, qui proposa à son collègue de faire passer la malade dans son service, afin de l'opérer s'il jugeait l'opération praticable.

Après avoir examiné avec attention cette malade, il reconnut qu'il s'agissait d'une affection

Digitized by Google

très complexe. — La tumeur sous-vulvaire avait une longueur de 13 centimètres ; elle était composée par le col, considérablement hypertrophié dans ses diamètres transversal et antéro-postérieur, le vagin entièrement renversé, un prolongement de la vessie et du rectum prolapsés dans l'épaisseur de la tumeur ; le tout compliqué d'une déchirure complète du périnée, de folliculite utérine et d'ulcérations vaginales. Il comprit comment les pessaires et les chaufloirs n'avaient pu maintenir cette tumeur.

La cavité utérine, mesurée avec l'hystéromètre, avait 14 centimètres de longueur ; le doigt porté dans le rectum n'atteignit qu'avec difficulté le fond de l'organe, ce qui tenait à l'épaississement hypertrophique de cette partie. La portion sous-vaginale du col, qui était le siége d'une hypertrophie excentrique, avait une longueur de 7 centimètres. M. Huguier résolut de pratiquer chez cette malade non-seulement l'amputation du col, mais l'opération qu'il a inventée contre les hernies de la vessie et du rectum.

Le 18 octobre, il pratiqua l'amputation du col. Cette partie est séparée du vagin, du rectum et de la vessie, par des incisions demi-circulaires, concentriques et ascendantes, dans l'étendue de 4 centimètres. Trois artères sont coupées et liées. Lorsque le col est bien isolé des parties voisines et qu'il n'a pas la crainte de comprendre dans l'anse de l'écraseur linéaire une partie du péritoine, du rectum ou de la vessie, il le divise avec cet instrument. Le volume considérable du col lui a fait supposer qu'il renfermait beaucoup d'artères ; c'est pour cette raison qu'il préféra l'écraseur au bistouri pour terminer la section des parties. En effet, il a suffi d'essuyer et de badigeonner la plaie utérine avec une solution de perchlorure de fer et de la couvrir d'une boulette de charpie trempée dans la même substance pour prévenir toute hémorrhagie. Le pédicule à couper était environ de la grosseur d'un petit œuf ; la section a duré douze minutes. — Pansement comme pour les autres opérées.

Le soir, la malade a peu de fièvre ; pas de sensibilité anormale dans le ventre ; elle ne souffre nulle part. Il est nécessaire de noter que M. Huguier avait fait faire par anticipation des frictions avec l'huile de croton sur les cuisses.

Le lendemain, fièvre modérée, pas de sensibilité du ventre, léger ballonnement.

Le 19, à peine de la fièvre ; état très satisfaisant.

Le 20, pas de fièvre, pas de douleurs ; même état général. La malade demande une portion d'aliments, on la lui accorde.

Du 20 au 26, pas la moindre douleur ; les fils tombent. Injections vaginales simples. — La malade est à deux portions d'aliments depuis le 24 ; elle n'est nullement incommodée.

Du 26 au 30, pas d'accidents. Le toucher vaginal fait reconnaître que l'utérus est situé assez haut dans le petit bassin. L'incontinence d'urine a complétement disparu depuis l'opération.

Du 30 octobre au 10 novembre, rien de nouveau. La malade, qui a bon appétit, est à trois portions ; l'utérus reste dans le bassin.

Le 12, la malade se lève. La cystocèle et la rectocèle font une légère saillie à la vulve.

Du 12 au 15, elle se lève tous les jours et prend de l'exercice dans l'hôpital. Le 15, à l'examen au lit du spéculum, après que la malade s'est levée pendant une heure, on trouve la partie inférieure du vagin prolapsée. Une partie de la vessie et du rectum fait hernie par l'ouverture vulvaire (pl. XII, fig. 2). La matrice, restée dans le bassin, est située au-dessus de ces deux tumeurs, qui sont souples, douces au toucher et facilement réductibles. Dans les efforts d'expulsion que fait la malade, elles augmentent de volume et attirent l'utérus vers l'ouverture vulvaire ; mais celui-ci ne sort pas du bassin, quelle que soit l'intensité des efforts. La plaie faite au col est complétement cicatrisée.

Le 4 décembre, M. Huguier chloroforme la malade et procède à l'opération de la rectocèle

Digitized by Google

et de la cystocèle simultanément. Nous allons donner une courte description de ces deux opérations, que, depuis quatre ans, M. Huguier a déjà pratiquées plusieurs fois par un procédé autre que celui qu'il a appliqué sur cette malade.

Il se munit de deux écraseurs linéaires; il commence par la cystocèle de la manière suivante : il introduit son doigt auriculaire de la main gauche dans la vessie par l'urèthre préalablement dilaté; il saisit avec une petite pince de Museux le tubercule et la paroi antérieure du vagin, les fait attirer fortement en bas et en avant par un aide, afin de les tendre et de les écarter, si faire se peut, de la partie correspondante de la vessie; puis il place à la base du pli formé par la partie de la paroi vaginale qu'il veut enlever quatre épingles en croix, l'une au-dessus de l'autre, ayant soin que les épingles passent dans le tissu cellulaire qui unit le vagin à la vessie, sans toutefois atteindre les parois de celle-ci, ce dont son doigt qui est dans la cavité vésicale pour surveiller l'action des instruments l'avertit. Il jette une anse de fil derrière chaque croix formée par les épingles, puis pédiculise le tout avec un fil triple. L'anse de l'écraseur est ensuite jetée derrière le fil triple, embrasse étroitement la portion qu'elle doit retrancher du vagin, et serre légèrement cette anse. Alors il retire le doigt de dedans la vessie, porte l'indicateur gauche dans le rectum, attire en avant et en haut la partie inférieure de la paroi postérieure du vagin qui fait hernie par la vulve, place deux épingles en croix sur la base de cette saillie, en ayant soin de ne pas saisir la paroi correspondante du rectum. Il est averti de ce fait important par le doigt porté dans la cavité de l'intestin. Il fait jeter et serrer un fil triple derrière les épingles. L'anse du second écraseur est elle-même placée derrière ce fil, puis médiocrement serrée. Les anses des écraseurs étant convenablement placées, l'une sur la paroi antérieure, l'autre sur la paroi postérieure du vagin, sans comprendre les parties qui sont en rapport avec ce conduit, il introduit de nouveau le doigt auriculaire de la main gauche dans la vessie et le doigt indicateur droit dans le rectum pour surveiller la section des parois vaginales sans y comprendre les réservoirs. Il ordonne alors à deux aides qui sont chargés chacun d'un écraseur, de faire agir ces instruments. La section est opérée en quatre minutes au plus; pendant ce temps, les doigts introduits dans la vessie et le rectum suivaient les progrès de la section; ils s'assuraient que les parois de ces viscères n'étaient pas comprises dans l'anse sécatrice.

Après la section de la tumeur antérieure, une artériole donna du sang; elle fut liée. — Une mèche fut placée dans le vagin, une sonde à demeure dans la vessie, des compresses et un bandage en T pour soutenir le tout.

Une heure et demie environ après l'opération, le sang coule assez abondamment pour qu'on dépanse la malade; la mèche enlevée, on voit qu'il vient d'une artère qui le fournit en jet. Ce vaisseau est lié; le sang ne coule plus.

La portion enlevée de la paroi vaginale antérieure forme un disque ayant 2 centimètres et demi de largeur sur 8 centimètres et demi de longueur; celle de la partie postérieure est un peu plus étendue.

Le soir, le sang n'a pas reparu; la mèche est replacée dans le vagin, la sonde réintroduite dans la vessie.

Le 5 décembre, la malade ne souffre pas; rien n'est déplacé; on ne touche pas au pansement.

Le 7, le pansement est enlevé. Il n'y a pas eu d'écoulement de sang. Nouvelle introduction d'une sonde à demeure et d'une mèche dans le vagin. La malade n'éprouve aucune souffrance; pas de fièvre.

Le 9, on enlève toute espèce de pansement et la sonde; les plaies se rétrécissent et commencent à se fermer.

Digitized by Google

Le 12, apparition des règles ; elles durent jusqu'au 20, sans être trop abondantes.

Le 22, examen. Les plaies antérieure et postérieure sont couvertes de granulations. Elles se froncent et se rétrécissent. Dans la station verticale et dans les efforts, il ne paraît plus de tumeur à la vulve. A partir de ce moment, la malade se lève tous les jours.

Le 28 décembre, Rol..., n'éprouvant ni incommodité ni souffrance, et ne voyant rien apparaître à la partie, se considère comme entièrement guérie, et demande sa sortie.

Ce fait est un des plus compliqués et des plus importants que nous ayons vu opérer par M. Huguier, et nous concevons parfaitement l'hésitation et la réserve de M. Robert en sa présence. Il faut avoir été, comme nous, témoin de la cure de trois autres malades sans accidents pour comprendre comment il a pu entreprendre et mener à réussite la cure de celle-ci.

OBSERVATION XXXI. — *Allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col ; chute et ulcération de cette partie ; rétention d'urine. — Renversement complet de la paroi antérieure du vagin ; cystocèle volumineuse ; pessaire douloureux qui ne peut être enduré ; double résection. — Guérison.* (Dessin de MM. Lambert et Drouet, pl. XIII, fig. 1, 2 et 3.) — Observation recueillie par M. Bertholle.

A la même époque, le 26 octobre 1857, est entrée à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Clotilde, n° 49, la nommée Laub... Fr..., âgée de soixante-deux ans, blanchisseuse. — Cette femme a eu trois enfants et une fausse couche. Les accouchements furent naturels ; le dernier a eu lieu, il y a vingt-six ans. Depuis cette époque, elle n'avait, dit-elle, nullement souffert et n'avait remarqué aucun changement dans l'état de la partie, si ce n'est une grosseur en avant quand elle avait beoin d'uriner, lorsqu'il y a six mois environ, la matrice commença à sortir et à venir pendre entre les cuisses, et cela sans cause connue. Elle affirme n'en avoir jamais souffert et avoir continué ses occupations jusque dans ce dernier temps. Elle ne souffre beaucoup que depuis deux mois et demi, à partir du moment où l'ulcération, qui est au sommet de la tumeur, s'est manifestée. L'évacuation des matières fécales est facile ; les besoins d'uriner fréquents ; la miction non douloureuse, mais lente et incomplète. La malade est obligée de serrer la tumeur pour compléter et accélérer la sortie de l'urine.

Les règles ont disparu à l'âge de cinquante ans ; elle n'a jamais eu de pertes, ce qui se conçoit facilement, cette femme ayant aujourd'hui soixante-deux ans et n'étant malade du côté des organes sexuels que depuis six ou sept mois.

État actuel, — Au-dessous de la vulve existe une tumeur ovoïde, très allongée, dont les diamètres sont : le transversal de 5 centimètres, l'antéro-postérieur de 6 centimètres et demi et le longitudinal de 8 centimètres et demi. La paroi antérieure du vagin est complétement renversée et se confond insensiblement avec le vestibule. La paroi postérieure n'est renversée que dans l'étendue de ses deux tiers supérieurs ; aussi il existe entre cette paroi et le bord antérieur du périnée une rainure demi-circulaire qui a une profondeur de 3 centimètres.

L'orifice du col, qui est placé au sommet et un peu à gauche de la tumeur, est très étroit ; il a 3 ou 4 millimètres d'étendue. L'extrémité de l'hystéromètre ne le franchit qu'en forçant légérement.

Une ulcération assez profonde et granuleuse entoure la totalité de cet orifice. En avant et à droite, cette ulcération s'étend à 3 centimètres sur la surface du col et de la paroi vaginale. La malade en attribue, à tort ou à raison, le développement à un pessaire qu'on lui a posé, et qui la faisait beaucoup souffrir ; aussi l'a-t-elle enlevé au bout de huit jours. Le col est considérablement allongé ; l'hystéromètre remonte dans la cavité utérine à une hauteur de 11 cen-

Digitized by Google

timètres et demi, ce qui, avec 1 centimètre pour l'épaisseur du fond de l'organe, donne un utérus dont la totalité a une hauteur totale de 12 centimètres et demi, étendue qui est considérable pour l'utérus d'une femme de soixante-deux ans. Le fond de la matrice est situé au-dessus du milieu de la hauteur de la symphyse du pubis. Lorsqu'il y a longtemps que la malade a uriné, la vessie forme, dans la partie antérieure de la tumeur, une saillie globuleuse qui descend jusqu'à 1 centimètre et demi de l'orifice du col.

M. Huguier, considérant l'extrême allongement du col utérin, le peu de gravité qu'ont en général les opérations que l'on pratique sur l'utérus à cet âge, et la grande répugnance de la malade pour les pessaires, se décida à pratiquer l'amputation du col.

Le 28, on fait par précaution des frictions sur les flancs, l'épigastre et les jambes avec de l'huile de croton pour faire développer une éruption.

Le 30 octobre, la malade est opérée. Le manuel est le même que pour les opérations précédentes; seulement, à cause du peu de distance qui sépare l'utérus de la vessie, M. Huguier met dans cet organe une sonde pour le guider. Du reste, l'opération fut des plus simples; l'écoulement de sang fut presque nul; il ne fut fait que trois ligatures. Comme dans la dernière opération, M. Huguier employa l'écraseur linéaire pour terminer la section du col. Mais cette fois, le pédicule étant peu épais, la section fut opérée en peu de temps.

La portion du col de l'utérus enlevée a près de 6 centimètres de longueur (pl. XIII, fig. 2); elle est taillée en cône.

Le 30 au soir, la malade n'a pas souffert après l'opération et ne souffre pas, mais elle s'agite beaucoup et ne veut pas garder le repos. Dans la nuit elle se lève, fait son lit à sa guise, se promène dans la salle pour, dit-elle, se délasser. Il est à noter que cette femme, qui est de la campagne, est peu intelligente; on a beaucoup de peine à lui faire entendre raison.

Le lendemain 31, malgré son imprudence, elle n'a pas de fièvre, pas de douleurs abdominales; sa face est seulement un peu rouge. Elle tourmente pour avoir à manger. On lui accorde une portion. On enlève le pansement et on lui défend de se lever.

Les jours suivants, l'état est tout aussi satisfaisant.

Le 8 novembre, la malade continue à bien aller. En soulevant, avec un spéculum univalve, la paroi antérieure du vagin, on voit la plaie résultant de l'opération; elle affecte une forme longitudinale ridée à son fond où elle est formée par le col.

Le 12 novembre, Lau... va toujours bien. L'utérus est situé à une hauteur d'environ 6 centimètres de la vulve. Mais la paroi antérieure du vagin fait saillie entre les grandes lèvres et forme une tumeur de la grosseur d'un œuf; elle est formée par une cystocèle qui augmente lorsque la malade fait un effort ou a besoin d'uriner.

Du 12 au 25, rien de nouveau. La malade se lève, a bon appétit et digère bien.

Le 30 novembre, M. Huguier fait constater par M. Robert que l'utérus est placé haut dans la cavité vaginale. Lorsque la malade marche ou fait des efforts, il ne se présente plus entre les lèvres de la vulve. Il existe seulement une cystocèle assez volumineuse (pl. XIII, fig. 2) dont M. Huguier se propose de débarrasser la malade. Le peu de sensibilité et d'irritabilité de celle-ci le fait d'autant moins hésiter.

Le 2 décembre, il opère la cystocèle comme la précédente, après avoir chloroformé la malade. Il place quatre épingles en croix placées l'une au-dessus de l'autre. Les épingles embrassent seulement la portion vaginale de la paroi vagino-vésicale. Pour être plus certain du fait, il fait pénétrer son petit doigt par l'urèthre jusque dans la vessie, afin de suivre le mouvement des épingles. Un fil triple, placé derrière elles, sert à pédiculiser la partie saisie. L'anse de l'écraseur est jetée sur le pédicule et le divise pendant que le doigt auriculaire de l'opéra-

Digitized by Google

teur reste dans la vessie. Comme la cystocèle avait une dimension transversale considérable, l'opérateur, pour obtenir une perte de substance plus étendue de la paroi antérieure du vagin, place de nouveau deux épingles en croix sur la partie latérale droite de la cystocèle et divise les parties saisies avec l'écraseur. Ces deux sections ne furent pas suivies d'écoulement de sang. Pour tout pansement, on place une mèche dans le vagin et une sonde à demeure dans la vessie, en recommandant à la malade et à l'infirmière de la déboucher toutes les deux heures, afin de ne pas laisser l'urine s'accumuler.

Le soir, la malade n'a pas souffert. C'est à peine si elle a eu un léger mouvement fébrile. — 80 pulsations.

Le lendemain 3 décembre. Pas de douleurs ; la malade demande à manger ; on lui donne une portion. — Le 4, même état ; pas d'accidents.

Les 5 et 6, changement du pansement. Rien de nouveau dans la position de la malade qui demande deux portions d'aliments. On les lui accorde.

Le 9, la plaie se rétrécit beaucoup et se couvre de bourgeons charnus ; on supprime la mèche ; on fait un pansement à plat.

Du 9 au 17, il ne se passe rien de nouveau ; la malade est à quatre portions d'aliments.

Le 22, la plaie est presque entièrement cicatrisée ; la cicatrice est longitudinale et obliquement dirigée de bas en haut, et de droite à gauche. Dans la marche et dans les efforts, on voit la muqueuse vaginale s'abaisser vers l'ouverture vulvaire, mais aucune tumeur ne vient faire saillie dans cette ouverture.

Le 28 décembre, la malade sort de l'hôpital parfaitement guérie, non-seulement de sa prétendue précipitation de l'utérus, mais encore de la cystocèle.

Observation XXXII. — *Allongement hypertrophique de l'utérus ; précipitation du col. — Chute et renversement complets du vagin ; troubles fonctionnels très sérieux ; incontinence d'urine, la réduction ne peut être endurée. Amputation du col. — Guérison.*

Le 21 novembre 1857, est entrée à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Clotilde, n° 24, la nommée Isam... Dés..., âgée de vingt et un ans, modiste. Cette jeune femme, qui est blonde, petite, et d'une assez faible constitution, fut réglée seulement, et pour la première fois, à dix-sept ans, sans malaise ni douleur. Ses règles n'ont jamais duré plus de deux jours. Elle rapporte qu'il y a près de onze mois elle accoucha d'une petite fille. L'accouchement fut facile et très prompt ; il eut lieu en moins d'une heure, bien que ce fût le premier. Neuf jours après, elle reprend ses travaux. Au bout de six semaines, la matrice commença à faire saillie au-dehors. Les règles n'étaient pas alors revenues et elles ne le sont pas encore aujourd'hui. Son médecin lui conseilla de garder le lit pendant une douzaine de jours, ce qu'elle ne fit pas. Quatre mois après, la matrice formait entre les cuisses une tumeur du volume d'un œuf. La malade éprouvait déjà à cette époque de la gêne habituelle, de la faiblesse, de petits tiraillements dans les reins et dans le bas-ventre. La marche était pénible et très difficile, les besoins d'uriner fréquents. La tumeur et les accidents qu'elle déterminait continuant à augmenter, elle se détermina d'autant plus facilement à entrer à l'hôpital, qu'elle ne pouvait plus travailler.

État actuel. — La tumeur sous-vulvaire, qui est principalement formée par l'utérus et le vagin, a le volume et assez la forme d'un gros œuf de dinde. Sa longueur, mesurée de son sommet au méat urinaire, est de 9 centimètres, et la largeur de 6 centimètres. Le vagin est complétement renversé et prolapsé, moins une très petite partie de sa paroi postérieure. Bien que l'utérus, d'après l'étendue de la tumeur, paraisse complétement prolapsé, en palpant avec

Digitized by Google

soin la tumeur et en portant un doigt dans le rectum, on reconnaît que l'on a, au centre du vagin, que le col utérin qui est beaucoup allongé. Le fond de l'organe est à 8 centimètres au moins placé plus haut dans le bassin. Ce fait est, au surplus, physiquement démontré par l'hystéromètre qui pénètre sans aucun effort dans la cavité utérine, à une profondeur de 11 centimètres. L'utérus a donc une longueur totale de 12 centimètres au moins. La partie sous-vaginale (museau de tanche) est petite et légèrement conique. L'ouverture du col n'a que 1 centimètre d'étendue transversalement.

La vessie forme sur la partie antérieure de la tumeur, entre le tubercule antérieur du vagin en partie effacé et la lèvre antérieure du col, une saillie arrondie qui, comme le fait observer la malade, varie beaucoup et fréquemment de volume, suivant le besoin qu'elle a d'uriner.

Le rectum n'envoie aucun prolongement dans la tumeur.

Jeanne... éprouve des tiraillements douloureux dans les reins et dans le bas-ventre. La tumeur est le siége de douleurs et d'un sentiment de brûlure. Cette malade ne peut ni marcher, ni se tenir debout; elle ne peut guère plus se tenir assise, à cause de la vive sensibilité de la tumeur qui, dans cette position, est toujours plus ou moins froissée. Elle est obligée de s'asseoir sur le bord de la chaise et sur la partie postérieure du bassin, afin de laisser la tumeur libre, ou de se poser sur l'un des ischions seulement. Elle ne se trouve bien que dans la position horizontale. Elle est tourmentée depuis longtemps par des besoins fréquents d'uriner. Elle urine au moins trente fois par jour. Depuis deux mois, si elle ne satisfait pas le besoin aussitôt qu'il se fait sentir, les urines s'écoulent involontairement. La défécation n'est nullement troublée. Depuis un mois et demi, la tumeur ne rentre plus.

Cette jeune femme est faible et amaigrie; mais le reste de la santé générale est dans un bon état. Lorsqu'on réduit l'utérus et le vagin, la malade éprouve de la douleur et un sentiment de plénitude dans le bassin. Le doigt, porté dans le rectum et le vagin, s'aperçoit que l'utérus est courbé en deux, et qu'il forme une convexité et une saillie considérable du côté du rectum.

M. Huguier, considérant les accidents très sérieux que détermine habituellement cette maladie, plus la douleur et la gêne que la malade éprouve dans le bassin lorsqu'on réduit la tumeur, réduction qui tasse, courbe l'utérus sur lui-même, pense que le seul moyen vraiment efficace à employer est l'opération.

Le 22, probablement sous l'influence de l'excitation déterminée par le cathétérisme utérin, par les manœuvres exercées sur l'utérus et le vagin pour les réduire, les règles, qui avaient été supprimées depuis l'accouchement, reviennent sans douleur; elles durent deux jours.

Le 26 novembre au soir, on pratique sur les flancs, sur les cuisses et les jambes, une friction avec l'huile de croton.

Le 27 au matin, on administre une bouteille d'eau de Sedlitz. Le soir, l'éruption, déterminée par l'huile de croton, est en pleine évolution.

Le 28, amputation du col. Le manuel opératoire est le même que pour la première opération des malades précédentes. Il n'y a qu'une ligature à pratiquer sur elle avec une épingle courbée. La section avec l'écraseur fut rapide. Elle ne dura que six minutes. Pas d'écoulement de sang. Pansement avec boulettes de charpie roulées dans la poudre de colophane et appliquées sur la plaie. Grosse mèche dans le vagin sans compresses ni bandage pour la maintenir. Pas de sonde dans la vessie. On la reporte dans son lit, et on l'entoure des mêmes soins que les autres opérées.

La portion de l'utérus enlevée a une longueur de 4 centimètres 3 millimètres, et a une forme conique. Le sommet du cône répond à la partie restée de l'organe, il a été taillé dans son épaisseur aux dépens de ses couches internes.

Digitized by Google

Le soir, il n'y a eu ni écoulement de sang ni accidents. La malade ne souffre pas du ventre. Elle n'a pas uriné. On la sonde.

Le lendemain 29, la malade a passé une bonne nuit ; pas de douleurs abdominales ; p de fièvre; on active, avec quelques gouttes d'huile de croton, l'éruption des cuisses et des jambes. Deux bouillons, deux soupes.

Le 30, on enlève la mèche et les boulettes de charpie ; on fait des injections d'eau tiède. Une portion d'aliments.

Le 1er décembre, elle ne souffre nullement ; elle est souriante.

Du 1er au 4, il ne se passe rien de nouveau du côté de l'abdomen et des organes sexuels ; elle se plaint seulement de douleur de tête et de constipation. Un lavement fait disparaître ces légers accidents.

Le 4, la seule ligature qu'on eût faite tombe en faisant une injection. Dans la nuit du 4 au 5, la malade perdit une assez grande quantité de sang. Le lendemain, à la visite, elle en perdait encore un peu. M. Huguier ne jugea pas convenable d'arrêter cet écoulement sanguin, qui, dans la journée, s'arrêta seul.

Le 6, la malade est bien. — Aucun écoulement de sang.

Les 6 et 7, état très satisfaisant. — Deux portions d'aliments.

Le 8, M. Huguier examina avec nous la malade au lit du spéculum. L'utérus est à 6 centimètres au moins de l'ouverture vulvaire ; il ne paraît pas vers l'extrémité inférieure du vagin lorsque la malade fait des efforts.

Le 11, nouvel examen de la malade ; elle se plaint de douleurs de tête dont on ne voit la cause que dans le séjour au lit, car toutes les fonctions se font bien. Elle n'éprouve aucune incommodité, aucune souffrance dans le ventre, et elle n'a pas de fièvre. L'utérus, examiné de nouveau, est trouvé très haut. Le doigt sent au fond du vagin un cul-de-sac froncé qui se resserre de plus en plus.

Le 17, Dés... est obligée de sortir avant d'être complétement guérie pour donner des soins à sa petite fille, qui est malade. Elle promet de revenir se faire examiner.

Comme cette jeune femme n'est pas revenue, je suis allé le 3 février dernier (1859) chez elle pour savoir dans quel état elle était. Maintenant, elle n'éprouve plus aucune incommodité de son ancienne affection ; l'utérus et le vagin ne sortent plus. Lorsqu'on pratique le toucher, on sent un petit mamelon qui se continue sans cul-de-sac avec l'extrémité supérieure de la paroi antérieure du vagin. Ce mamelon, qui est formé par les parties inférieures du corps de l'organe gestateur, est placé à 8 ou 9 centimètres au-dessus de l'ouverture vulvaire, qui s'est beaucoup rétrécie. La malade affirme au reste que depuis son opération elle n'a pas eu de rapports sexuels. L'embonpoint et la fraîcheur sont revenus.

Voilà donc encore un cas de guérison bien solide et constatée quinze mois après l'opération.

OBSERVATION XXXIII. — *Allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col de l'utérus, avec chute et ulcération de cette partie. — Chute et renversement presque complets du vagin. — Un pessaire ne peut être supporté. — Opération. — Guérison.* (Dessins de MM. Lackerbauer et Launay, pl. XIII, fig. 4, 5.) — Observation recueillie par M. Dulaurier, interne du service.

Jar... (Thé....), âgée de trente-trois ans, marchande ambulante, entrée le 21 août 1858.

Réglée pour la première fois à onze ans et demi, elle est occupée à des travaux pénibles depuis son enfance. Les premières règles sont venues sans difficulté.

Digitized by Google

Mariée à vingt et un ans, elle n'avait jamais eu de rapports sexuels auparavant.

Elle a eu cinq enfants en onze ans. — Tous les accouchements ont été faits par des sages-femmes, et elle s'est toujours levée peu de temps après chacun d'eux, si ce n'est pourtant après le premier, qui fut suivi de douleurs violentes et de fièvre qui la contraignirent à garder le lit pendant un mois.

Deuxième accouchement. — Elle fait ses couches à la Clinique et sort huit jours après, s'étant déjà levée quelquefois.

Troisième accouchement. — Elle se leva le second jour.

Quatrième et cinquième. — La malade se leva le huitième ou neuvième jour.

Après son deuxième enfant, la malade porte des fardeaux très lourds; la matrice sort déjà de 2 centimètres environ, mais elle rentre facilement d'elle-même.

L'hiver dernier (mois de février), la tumeur sort et paraît plus volumineuse que les fois précédentes. Depuis ce moment, la tumeur paraît facilement hors de la vulve; mais elle rentrait aussitôt que la malade était couchée.

État actuel. — Tumeur sous-vulvaire presque cylindrique, un peu plus rétrécie supérieurement qu'en bas. — Longueur, 9 centimètres; diamètre transversal au-dessous du col, 5 centimètres 1/4. Vagin complétement renversé dans sa paroi antérieure; la paroi postérieure est incomplétement renversée : on trouve entre elle et le bord antérieur du périnée un sillon qui a au moins 3 centimètres d'étendue. Sur les parties latérales se trouve également un petit sillon plus profond en arrière, où il se confond avec le précédent, et qui ne présente guère qu'un 1/2 centimètre de profondeur. En avant, ce sillon nympho-vaginal vient insensiblement se perdre avec les rides qui sont au-devant de la partie supérieure de la tumeur. Le vagin ne présente plus aucune ride; sa surface est polie, luisante, rosée. — Col de l'utérus. — Portion sous-vaginale assez volumineuse avec hypertrophie excentrique ou suivant l'épaisseur. — Diamètre antéro-postérieur, 5 centimètres; diamètre transversal, 4 centimètres 1/2. Ouverture du col considérablement agrandie; elle a 3 centimètres 1/2 de diamètre; elle forme une fente ondulée et inégale, fissurée et mamelonnée. La lèvre antérieure ou bord antérieur de l'ouverture est arrondie, et se confond d'une manière uniforme avec le reste du col et de la tumeur sous-vulvaire. La lèvre postérieure, plus arrondie, plus saillante, forme un mamelon hémisphérique qui se distingue, par sa saillie, du reste de la tumeur. Ce mamelon présente, à peu près dans le milieu de son étendue, un peu plus à gauche qu'à droite, une petite fissure qui tend à le diviser en deux mamelons secondaires, l'un droit plus volumineux. La partie antérieure et supérieure de ce bord postérieur, vers le voisinage de l'orifice du col, présente deux ulcérations, l'une plus grande, située à droite sur le mamelon le plus volumineux, l'autre plus petite, qui est à gauche. Ces deux ulcérations superficielles sont d'un gris rosé. Vers la partie interne du pourtour de l'orifice du col, qui est en quelque sorte renversé de dedans en dehors, on remarque les caractères de la cavité utérine, avec le commencement des plicatures de l'arbre de vie. Il sort par cet orifice un liquide incolore et visqueux. Toute cette partie que nous venons de décrire est d'un rouge plus vif que le reste de la tumeur; toute cette portion sous-vaginale du col a conservé ses autres caractères anatomiques. Elle se continue avec une tige centrale consistante dont le volume, assez considérable, peut approximativement être évalué à 3 centimètres.

Partie supérieure de la tumeur sous-vulvaire. — Le méat urinaire attiré, rentré en dedans, est invisible, on le trouve au-dessous du vestibule recouvert par le premier pli que forme le tubercule antérieur du vagin. La première partie du méat urinaire est devenue horizontale. La

Digitized by Google

portion de vessie qui se prolonge dans la tumeur ne descend guère plus d'un centimètre au-dessous du dernier sillon formé par les plicatures du tubercule antérieur du vagin.

Vers le milieu de la hauteur de la paroi postérieure du vagin, la membrane muqueuse vaginale présente une sorte de languette qui a 2 centimètres de hauteur sur 3 centimètres 1/2 de largeur; elle se perd insensiblement par ses angles sur les parties latérales du vagin; elle est légèrement indurée. — Le périnée a conservé toute son épaisseur, la fourchette n'est pas même déchirée.

La partie inférieure de la paroi antérieure du rectum présente un prolongement dans la partie postérieure et supérieure de la tumeur; ce prolongement a 2 centimètres 1/4 à peu près. La longueur de la cavité intérieure de l'utérus a 11 centimètres 1/2 d'étendue.

Cette femme n'a jamais consulté qu'un seul médecin, M. Monneret, qui l'a adressée à M. Huguier pour l'affection dont elle est atteinte. Elle n'a jamais porté qu'un seul pessaire, qui lui fut appliqué par une sage-femme; elle ne put supporter cet instrument que deux jours, pendant lesquels elle garda le lit.

Aujourd'hui, la tumeur, qui reste toujours dehors, incommode et fait souffrir la malade au point qu'elle ne peut plus rester debout ni marcher. La miction et la défécation se font régulièrement; les menstrues sont toujours régulières. Cette femme, qui a quatre enfants, a hâte de guérir, et demande à être promptement débarrassée de son mal. M. Huguier, considérant l'impossibilité de supporter un pessaire, l'innocuité et l'efficacité de l'opération, qu'il a déjà pratiquée treize fois pour des cas semblables, n'hésite pas à opérer la malade.

28 août. — Hier, on a fait à cette femme des frictions avec l'huile de croton, et aujourd'hui les vésicules commencent à se développer parfaitement. — La malade a été purgée dans la journée d'hier, M. Huguier pratique l'opération en présence de MM. Debout, Désormeaux, Adolphe Richard, chirurgiens des hôpitaux, et d'un médecin allemand qui suit la visite. MM. Bastien et Le Gendre, prosecteurs de Clamart, sont également présents à l'opération.

Après avoir endormi la malade avec le chloroforme, on procède à l'opération. La dissection et la séparation du col, des autres parties environnantes, est pratiquée comme sur les autres malades : sept ou huit artères sont ouvertes et liées à mesure, les unes avec un fil simple, les autres sur des épingles courbées en ténaculum. Lorsqu'on a ainsi disséqué et isolé une longueur de 4 centimètres 1/2 environ, on place l'anse de l'écraseur linéaire, et au bout de douze minutes la section est complète. Comme il s'écoule encore une assez grande quantité de sang artériel en nappe, sans qu'on puisse saisir d'artère, on fait une application de perchlorure de fer avec des pinceaux de charpie.

Enfin, l'introduction d'une mèche un peu volumineuse dans le vagin, l'application de charpie et de compresses sur la vulve, une sonde dans la vessie et un bandage en T, complètent l'appareil de pansement.

Portion enlevée.

La consistance de cette partie est un peu plus grande qu'à l'état normal; elle ne présente, à part l'hypertrophie, aucune altération spéciale.

Longueur, 4 centimètres 1/2; épaisseur, 5 centimètres 1/4; largeur, 5 centimètres.

Dans la journée, la malade, fatiguée par l'action du chloroforme, a eu plusieurs vomissements. Le soir, M. Huguier revient la voir et la trouve bien. Elle a la peau chaude et humide, mais pas de fièvre à proprement parler. La nuit se passe très bien; la malade dort presque tout le temps.

Bouillons, — tilleul oranger, — frictions à l'huile de croton pour étendre l'éruption.

Le 29 août, aucune douleur dans le ventre. — Peau légèrement chaude et humide; pouls à

Digitized by Google

80, médiocrement développé. — On débouche la sonde, et l'on retire 350 à 400 grammes environ d'urine claire et limpide, ne contenant aucune trace de sang ni de mucus. On fait de nouveau uriner la malade dans la soirée.

Le 30 août, peau sudorale; pouls à 60, médiocrement développé; ventre souple, non tendu, sans douleur à la pression. La malade a parfaitement dormi.

Premier pansement : on fait une injection pour enlever les matières qui sont contenues dans le vagin, et on remet une mèche. La malade est sondée trois fois dans la journée. — Nouvelles frictions avec l'huile de croton, les précédentes ne déterminant aucune éruption.

Le 31 août, peau sudorale, pouls à 100, faible; langue blanche; ventre ayant un peu de tendance à devenir tendu, mais nullement douloureux à la pression. — Nouveau pansement. — Alcoolature d'aconit. — Orangeade, eau de Seltz. — Calomel, 60 centigrammes. — On enlève la sonde.

Après le pansement, la malade a eu quelques frissons passagers dans les bras, mais ils ont cessé très vite aussitôt qu'elle a été remise dans son lit.

Le soir, la malade a un peu de hoquet, mais le ventre continue à être souple et non douloureux. — Les frictions à l'huile de croton n'ayant produit qu'une éruption médiocre, on fait mettre des sinapismes aux cuisses.

Le 1er septembre, pouls à 92. — Langue bonne. — Pas de douleurs abdominales. — On renouvelle le pansement, mais on ne remet pas de mèche. M. Huguier constate que la matrice est très remontée, et qu'il n'y a pas de douleur au toucher.

Le 2 septembre, même état. — Il tombe deux épingles et une ligature.

Le 3, la malade ne souffre nullement dans le ventre; pouls à 92; langue bonne. La malade urine à partir d'aujourd'hui, sans être sondée et sans douleur; l'utérus reste remonté.

Le 4 septembre, pouls à 80; la malade est gaie; les ligatures se sont toutes détachées; la matrice est très élevée, et l'on sent la vessie qui, toujours formant cystocèle, se présente sous la forme d'une tumeur longitudinale sur la partie moyenne de la paroi antérieure du vagin.

Le 5 septembre, le bien continue. — Le pouls est à 80, et la malade a de l'appétit. — Pas de douleurs du côté du ventre, qui est assez souple et qui revient sur lui-même.

Le 8 septembre, après la visite, la malade éprouve une vive contrariété, et ressent immédiatement une chaleur très vive sur tout le corps, chaleur facile à apprécier au toucher; le pouls est à 92; vomissements.

Le 9 septembre, la malade se plaint de douleurs de ventre; les vomissements continuent — Lavement émollient; frictions avec l'huile de camomille.

Le 13 septembre, vomissement après le repas sans douleur de ventre. — Diarrhée.

Le 18 septembre, la diarrhée est à peu près guérie, les vomissements continuent.

Le 20 septembre, la malade n'a été à la garderobe qu'une fois la nuit dernière, et n'a vomi ni hier ni cette nuit.

Le 22 septembre. Coliques dans la nuit du 21 au 22. — Ventre toujours souple; apparition des règles pour la première fois depuis l'opération.

Le 24 septembre. Les règles ont duré deux jours et ont été très peu abondantes. Plus de maux d'estomac, ni de diarrhée. La malade mange avec beaucoup de plaisir.

Le 9 octobre, la malade sort guérie. Examinée debout, l'utérus reste dans sa position naturelle et est assez élevé, à 7 centimètres environ de l'ouverture vulvaire. La cicatrisation a été très rapide, puisqu'elle s'est opérée en moins de quatre semaines.

La malade est sortie le 9 pour retourner dans son pays; mais, n'ayant pu partir à cause d'obstacles pécuniaires, elle est rentrée à l'hôpital, où nous l'avons examinée de nouveau. On

Digitized by Google

a pu alors constater que, malgré la fatigue qu'elle a dû éprouver pour aller à la gare du chemin de fer et en revenir, l'utérus est resté très élevé.

Qu'il me soit permis, avant de terminer complétement ce travail, de rapporter la note suivante qui m'a été envoyée par l'un de mes collègues les plus distingués des hôpitaux, M. Chassaignac :

« J'ai complétement adopté dans ma pratique la doctrine de M. Huguier sur le prolapsus utérin. J'ai pratiqué six fois cette opération sans aucun accident au moyen de l'écraseur linéaire.

» Toutes celles des malades qui ont été revues depuis leur opération sont restées parfaitement guéries; des six malades, cinq présentaient l'hypertrophie pure, telle que la comprend M. Huguier; une seule offrait un exemple d'une précipitation complète hors de la vulve. Cette malade avait aussi une hypertrophie très notable du col utérin, mais le fond de l'utérus était tout entier hors de la vulve et rétrofléchi.

» L'une des malades est opérée depuis près de quatre ans, et sa guérison s'est parfaitement maintenue au milieu de rudes travaux.

» Un des cols amputés pesait 37 grammes.

» Chez l'une des malades on avait appliqué sans succès le traitement par les *pinces-serres*, de M. Desgranges, dans un des hôpitaux de Paris. »

Si à ces six faits nous ajoutons celui de Mayer, l'un des chirurgiens les plus habiles de l'Allemagne, nous aurons un total de vingt et une opérées, sans qu'aucun des accidents graves que nous avons signalés comme pouvant être la suite de cette opération se soit manifesté.

Je ne saurais trop recommander à ceux de mes collègues qui jugeront convenable d'y avoir recours de ne jamais la pratiquer sans avoir pris préalablement et consécutivement les précautions que j'ai indiquées.

A mesure que j'avance dans la carrière chirurgicale, je suis plus que jamais convaincu que le succès des opérations tient plutôt aux précautions que l'on prend préalablement et aux soins consécutifs que l'on donne aux malades qu'à la manière plus ou moins brillante et habile avec laquelle elles sont pratiquées.

Digitized by Google

CONCLUSIONS.

1. — La chute de l'utérus, qu'elle soit complète ou incomplète, n'est pas une seule maladie, mais bien un ensemble de plusieurs affections désignées sous un seul nom.

2. — Lorsque l'utérus vient faire saillie au dehors, lors même que le vagin est complétement renversé et que la matrice, par le volume de la tumeur au centre de laquelle elle se trouve, semble entièrement précipitée entre les cuisses, ce n'est pas, dans la très grande majorité des cas, parce qu'elle est abaissée dans son ensemble, et complétement sortie du bassin, mais bien parce qu'elle a subi un allongement hypertrophique partiel ou général.

3. — Dans l'affection désignée sous le nom de précipitation, l'allongement hypertrophique n'est pas l'exception, mais bien la règle très générale.

4. — Deux variétés principales d'hypertrophie longitudinale : la *sous*- et la *sus*-vaginale, qui constituent, en quelque sorte, deux maladies différentes, peuvent simuler la descente et la précipitation de la matrice.

PREMIÈRE PARTIE.

5. — Dans la première espèce d'allongement, la portion du col de la matrice que l'on désigne sous le nom de museau de tanche forme, dans la cavité du vagin, une saillie cylindroïde ou conoïde plus ou moins allongée dont l'extrémité libre s'approche de l'ouverture vulvaire ou même s'engage entre les lèvres de la partie, sans que le conduit vulvo-utérin soit raccourci, invaginé ou renversé sur lui-même.

6. — Elle a été, jusque dans ces derniers temps, généralement confondue avec l'abaissement et la descente de la matrice, lorsqu'elle n'a pas été prise et traitée pour un polype, un renversement chronique, un kyste folliculaire, un squirrhe du col ou une hydropisie de cette partie.

7. — Aucune description complète n'en avait encore été donnée, bien qu'elle ait des caractères très tranchés sous le rapport de son développement, de ses symptômes et de son traitement.

8. — Les moyens médicaux et les diverses espèces de cautérisations

Digitized by Google

ne sont applicables qu'aux hypertrophies légères et à celles compliquées d'inflammation et d'engorgement.

9. — Les pessaires sont le plus souvent inutiles ou dangereux.

10. — Lorsqu'un allongement hypertrophique du museau de tanche détermine des accidents sérieux, et qu'il a une longueur de 5 à 7 centimètres, il n'y a qu'un moyen véritablement efficace et curatif à employer : c'est la résection du col à un demi-centimètre au-dessous de l'insertion du vagin.

Nous avons rapporté dans ce travail huit observations qui viennent confirmer ce précepte sans parler de deux autres que nous avons recueillies, ni de celles que l'on trouve dans les annales de la science.

DEUXIÈME PARTIE.

11. — La maladie que l'on a désignée jusqu'à ce jour sous les noms de prolapsus, de précipitation ou de chute complète de l'utérus n'est, très généralement, autre chose qu'une hypertrophie longitudinale de la portion sus-vaginale de l'organe dont le corps et le fond sont restés dans la cavité pelvienne, bien que le vagin soit entièrement renversé et que la tumeur pendante entre les cuisses ait une longueur *égale* ou *supérieure* à celle de l'utérus à l'état normal.

L'exactitude de cette proposition se prouve par les recherches historiques, l'anatomie pathologique et les faits cliniques.

12. — Les faits d'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col que l'on trouve rapportés çà et là dans les auteurs des deux derniers siècles et de celui-ci étaient passés inaperçus et avaient été jusqu'à présent entièrement perdus pour la science ; les auteurs même de ces faits n'en avaient tiré aucune conclusion pratique, et avaient toujours confondu cette affection avec la véritable précipitation de l'utérus.

13. — On ne trouve dans presque aucun ouvrage la preuve irrécusable, séméiotique et anatomo-pathologique de l'existence de la chute complète de l'utérus.

14. — Au contraire, les faits d'anatomie pathologique que nous avons décrits, ceux que plusieurs de nos collègues ont, depuis nos observations, démontrés à la Société de chirurgie, et ceux contenus dans

Digitized by Google

le musée Dupuytren, prouvent la fréquence de l'allongement hypertrophique, et celle de la chute du col seulement, dans l'affection appelée *précipitation de la matrice.*

15. — L'hypertrophie longitudinale de la portion sus-vaginale du col et la chute de l'utérus ont des caractères pathologiques et séméiotiques différents qui servent à distinguer ces deux affections.

16. — Le relâchement, l'affaiblissement et la distension forcée, pas plus que la destruction des ligaments larges ou des ligaments ronds, ne concourent, d'une manière bien efficace, à la chute de l'utérus ; il n'en est pas de même des altérations analogues des ligaments utéro-lombaires.

17. — Dans le traitement de cette affection, on ne devra avoir recours à une opération sanglante ou chirurgicale proprement dite que lorsqu'elle détermine des accidents sérieux et que l'on a la certitude que les moyens médicaux et prothétiques sont insuffisants.

18. — Toutes les opérations qui ont été inventées jusqu'à ce jour pour remplir les indications thérapeutiques qu'elle réclame sont insuffisantes. Elles peuvent être utiles dans le cas de simple chute de l'utérus sans allongement hypertrophique, et sous ce rapport elles doivent rester dans la science.

19. — Dans cet allongement hypertrophique du col, suivi de la précipitation de cette partie et du renversement du vagin, la seule opération qui remplisse les principales indications et qui puisse être suivie de succès, c'est l'amputation du col au-dessus de l'insertion du vagin plus ou moins près du corps de l'organe, suivant le degré de l'allongement.

20. — Cette opération ne devra jamais être pratiquée avant d'avoir pris préalablement des précautions contre les inflammations consécutives. Ces précautions devront être continuées avec le plus grand soin pendant les quinze ou vingt premiers jours qui la suivront.

21. — Les artères du tissu utérin sont très difficiles à saisir et à lier ; il faut se servir, pour y arriver promptement et sûrement, d'une espèce de ténaculum qu'on laisse à demeure, jusqu'à ce qu'il tombe spontanément.

22. — L'écraseur linéaire nous a paru utile pour terminer la section du col, surtout si cette partie est très vasculaire.

Digitized by Google

23. — Lorsque la maladie est précédée d'une rectocèle ou d'une cystocèle volumineuse ou même de ces deux affections à la fois, après avoir enlevé le col, il peut être nécessaire d'opérer isolément les hernies du rectum et de la vessie, comme cela nous est arrivé plusieurs fois avec succès.

24. — L'opération est contre-indiquée, lorsqu'il existe tout à la fois un bassin et une ouverture vulvaire fort larges, un périnée plus ou moins déchiré et un affaiblissement considérable de toutes les parties molles qui forment le plancher du bassin; à plus forte raison devrait-on dans ces circonstances renoncer à l'amputation du col, s'il existait une rétroflexion avec chute complète du corps de l'utérus.

25. — Lorsque l'on n'opère pas dans les conditions indiquées dans la précédente conclusion, la maladie ne récidive pas, et la santé redevient aussi florissante qu'elle était avant le développement de l'affection.

Digitized by Google

EXPLICATION DES PLANCHES.

Première Partie.

PLANCHE Ire.

Allongements hypertrophiques de la portion sous-vaginale ou intra-vaginale du col de l'utérus.

FIGURE 1re. (Observation I.) — Allongement conoïde du col, vu par sa face antérieure, de manière à montrer toute sa longueur.

A. Base du col au niveau de l'insertion du vagin.
B. Sommet du col ou museau de tanche.
C. Orifice vaginal du col de la matrice.
D. Cul-de-sac antérieur du vagin.

FIG. 2. — Sommet et orifice du même col vus de face.

Les figures 3, 4, 5, appartiennent au même col, vu sous trois aspects différents. (Observation III.)

FIG. 3. — Col vu par sa face antérieure.

A. Base du col.
B. Lèvre antérieure prolongée et descendant plus bas que la lèvre postérieure.
C. Petit corps fibreux placé dans l'épaisseur de la partie libre de la lèvre antérieure.
D. Cul-de-sac antérieur du vagin.

FIG. 4. — Col vu par sa face postérieure.

A. Base du col.
B. Lèvre postérieure dont le bord libre forme un croissant dirigé en bas.
C. Orifice vaginal de l'utérus ayant la forme d'une fente semi-lunaire.
D. Face postérieure ou interne de la lèvre antérieure.
E. Saillie formée par le petit corps développé dans la partie libre de la lèvre antérieure.
F. Cul-de-sac postérieur du vagin.

FIG. 5. — Portion retranchée du col vue par sa face antérieure.

A. Corps fibreux de la lèvre antérieure.

Les figures 6 et 7 appartiennent au même col. (Observation V.)

FIG. 6. —

A. Lèvre antérieure hypertrophiée sortant hors de la vulve.
BBB. Plis transversaux de la paroi antérieure du vagin.
C. Méat urinaire.

FIG. 7. — Portion retranchée du col vue par sa face postérieure.

A. Lèvre postérieure hypertrophiée suivant son épaisseur, formant un croissant dont les extrémités B B se continuent avec la face postérieure de la lèvre antérieure.
C. Ouverture du col qui présente une forme transversale et semi-lunaire.
DD. Les plicatures de l'arbre de vie.

Digitized by Google

E. Face postérieure ou interne de la lèvre antérieure.

F. Petit kyste folliculaire rempli d'un mucus épais, filant, transparent et incolore.

Les figures 8 et 9 appartiennent à la même pièce qui fut donnée à Dugès et Boivin par M. le professeur Cloquet.

FIG. 8. — Vue de face.

A. Lèvre antérieure du museau de tanche.

B. Lèvre postérieure, plus allongée et plus saillante.

C. Excroissances pédiculées du prépuce du clitoris.

FIG. 9. — La même : Col vu de profil.

FIG. 10. — Appareil utéro-ovarique vu par sa face postérieure.

AA. Col de l'utérus.

B. Point d'union du corps avec le col.

C. Portion intra ou sous-vaginale du col hypertrophiée.

D. Fente transversale formée par l'ouverture du col.

E. Vagin ouvert longitudinalement par sa face postérieure.

FFF. Tranche de l'incision longitudinale faite au vagin.

Seconde Partie.

Allongements hypertrophiques de la portion sus-vaginale.

PLANCHE II.

Les trois premières figures appartiennent à l'Atlas de Dugès et Boivin : elles sont réduites au quart de la grandeur naturelle, faute de place.

FIG. 1.

A. Orifice externe ou utéro-vaginal de l'utérus.

B. Orifice supérieur du vagin devenu inférieur.

CC. Face muqueuse du vagin.

D. Méat urinaire.

EE. Un stylet est passé de haut en bas dans le col de la vessie, et ressort par une ouverture idéale pour faire voir la chute d'une portion de la poche urinaire.

FF. Ulcérations.

G. Clitoris.

FIG. 2.

A. Clitoris.

B. Méat urinaire.

CC. Nymphes ou petites lèvres.

DD. Grandes lèvres de la vulve.

EE. La surface muqueuse du vagin desséchée, ayant l'aspect de la peau.

F. Petite tumeur pédiculée, située à l'angle droit de l'orifice du museau de tanche.

G. L'épithélium du museau de tanche excorié laisse à nu la portion de membrane muqueuse qui recouvre cette extrémité vaginale du col.

FIG. 3.

A. Vagin renversé.

B. Museau de tanche.

Les figures 4, 5, 6, appartiennent à la thèse de M. le professeur J. Cloquet : elles sont réduites au tiers, faute de place.

Digitized by Google

FIG. 4. — Les organes sexuels vus de face.

1. Vagin.
2. 2. Face interne des grandes lèvres.
3. 3. Petites lèvres.
4. Clitoris.
5. Méat urinaire.
6. Museau de tanche.

FIG. 5. — Les organes sexuels vus de profil.

1. 1. Les grandes lèvres.
2. La petite lèvre droite.
3. Paroi antérieure du vagin renversé.
4. Paroi postérieure du vagin.
5. Museau de tanche.
6. Méat urinaire.
7. Ligne ponctuée qui représente le trajet de la portion de vessie herniée et engagée dans la tumeur.
8. Ligne ponctuée qui représente la portion herniée du rectum.
9. Périnée.
10. Anus.

FIG. 6. — La même pièce vue de profil et disséquée.

1. Vessie.
2. Symphyse des pubis du côté gauche.
3. Corps de l'utérus.
4. Rectum.
5. Extrémité supérieure de la nymphe gauche.
6. Clitoris.
7. Méat urinaire.
8. Col de la vessie.
9. 9. Vagin renversé.
10. Petit corps fibreux développé dans la partie postérieure et inférieure du corps de la matrice.
11. Le col utérin allongé et hypertrophié.
12. Prolongement de la vessie dans la partie antérieure de la tumeur.
14. Cul-de-sac postérieur du péritoine.
15. Périnée.
16. Anus.
17. Uretère droit.

FIG. 7. — Elle est de grandeur naturelle. Les organes sont disséqués ; la paroi latérale droite du vagin renversé est enlevée afin de montrer les parties qui entrent dans la composition de la tumeur sous-vulvaire, ainsi que les rapports de ces parties entre elles.

A. Mont de Vénus.
B. Portion droite de la symphyse pubienne, sciée au niveau du trou obturateur.
C. Portion supérieure et rétro-pubienne de la vessie.
D. Cul-de-sac péritonéal antérieur, s'arrêtant au-dessous et au niveau des parties molles qui ont été conservées. Grande lèvre droite I. Place du pli génito-crural K.
E. Corps de l'utérus vu par son bord droit. Les annexes correspondantes sont enlevées afin de ne pas compliquer la pièce.

Digitized by Google

FF. Cul-de-sac péritonéal postérieur se prolongeant jusqu'à 2 centimètres 1/2 du museau de tanche.

G. Lame péritonéale à plis longitudinaux, et qui est la continuation du feuillet postérieur du cul-de-sac péritonéal postérieur.

H. Rectum.

Organes génitaux externes, composition de la tumeur sous-vulvaire.

I. Grande lèvre droite.

JJ. Nymphe droite et sommet du clitoris.

K. Pli génito-crural droit.

L. Méat urinaire.

MM. Paroi vaginale antérieure et postérieure.

NNN. Tranche de la coupe faite pour enlever la paroi latérale droite du vagin.

O. Orifice à direction transversale du museau de tanche.

P. Bas-fond de la vessie faisant hernie dans la tumeur.

QQ. Portion sus-vaginale du col de l'utérus, allongée et hypertrophiée.

Q'Q'. La ligne courbe ponctuée qui représente, sous la paroi antérieure du vagin, la partie herniée de la vessie.

R. Portion sus-vaginale du corps de l'utérus, allongée et hypertrophiée.

SS. Les deux lignes ponctuées qui montrent le trajet que parcourt l'instrument tranchant dans l'amputation de la portion sus-vaginale du col.

T. Périnée.

U. Orifice anal.

PLANCHE III.

FIG. 1. — Chute complète de l'utérus compliquée de calcul vésical. Dessin d'une pièce appartenant au musée Dupuytren, n° 348.

Disséquée et vue par sa face postérieure. Les parois postérieures du vagin et de l'utérus sont vues dans toute leur longueur.

A. Face postérieure de la symphyse des pubis.

BBBB. Portion rétro-pubienne de la vessie ouverte par sa face postérieure pour montrer C. Un calcul volumineux qu'elle renferme.

D. E. Le rectum et l'ouverture anale qui sont détachés et rejetés à gauche afin de laisser voir nettement les organes sexuels.

FF. Paroi postérieure du vagin dont chaque moitié a été écartée de la ligne médiane, et déjetée à droite et à gauche.

GG. Tranche de la section faite à la paroi postérieure du vagin.

H. Périnée.

I. Lèvre antérieure du museau de tanche.

J. Orifice vaginal du col de l'utérus rétréci.

KK. Stylet introduit dans cet orifice et qui parcourt les cavités du col et du corps.

LL. Lèvre postérieure du museau de tanche et paroi postérieure du col de l'utérus incisées longitudinalement sur la ligne médiane.

MM. Face postérieure du corps de l'utérus dont les parois sont considérablement atrophiées et amincies, comme on peut le voir par le peu d'épaisseur de la coupe.

NNNNNN. Les annexes vues par leur face postérieure.

FIG. 2. — Chute complète de l'utérus. (Observation XI.)

Digitized by Google

A. Saillie du tubercule antérieur du vagin.
B. Paroi antérieure du vagin.
C. Orifice du col légèrement dévié à gauche.
D. Ulcération.

FIG. 3. — (Observation XX.)

A. Légère saillie que forme la portion herniée de la vessie sous la paroi antérieure du vagin renversé.
B. Ouverture vaginale du col de l'utérus.
C. Mucus qui s'écoule de cette ouverture.
D. Extrémité supérieure de la paroi postérieure du vagin devenue inférieure. Elle est un peu recourbée, d'arrière en avant, de façon à faire partie du plan antérieur de la tumeur.

PLANCHE IV.

Les deux figures appartiennent au même sujet. (Observation XIV.)

FIG. 1. — A. Rides du tubercule antérieur du vagin, poussé en haut et en avant de manière à cacher le méat urinaire et le vestibule.
BB. Museau de tanche et son ouverture transversale.
CD. Muco-pus et sang qui s'écoulent de l'ouverture du col.
E. Paroi postérieure du vagin recourbée en avant, et venant faire partie du plan antérieur de la tumeur.
FF. Ulcérations du vagin.

FIG. 2. — Elle montre la situation du corps de l'utérus, et ses rapports avec les parties voisines au niveau du détroit supérieur du petit bassin. Le grand bassin a été enlevé à l'aide de traits de scie.

A. Bord supérieur de la symphyse des pubis.
B. Sommet de la vessie.
C. Fond de l'utérus placé presqu'au niveau de la symphyse des pubis.
EE. Les ligaments ronds.
FF. Les ovaires.
GG. Les trompes et leur pavillon.
On sait que toutes les annexes de l'utérus ont conservé leur situation et leur direction naturelles.
H. Rectum.
I. Surface articulaire de la base du sacrum.

PLANCHE V.

Les trois premières figures appartiennent à la même malade, et représentent l'affection dans trois degrés différents. (Observation XIII.)

FIG. 1. — Dessinée le jour de l'entrée de la malade.

A. Méat urinaire.
B. Tubercule antérieur du vagin.
C. Paroi antérieure du vagin ayant conservé une partie de ses rides.
DDDD. Portion sous-vaginale du col ou museau de tanche qui est le siége d'un engorgement chronique, d'une hypertrophie excentrique, et d'un renversement de dedans en dehors, ou extroversion, qui s'opère de bas en haut.

Digitized by Google

E. Ouverture vaginale du col, elle est agrandie, fissurée, froncée en étoile, irrégulière; ses bords sont renversés de dedans en dehors de manière à montrer la face interne du col et les follicules muqueux (œufs de Naboth). Cette disposition est encore plus évidente sur la figure 2.

FIG. 2. — L'affection a été dessinée trois jours après l'entrée de la malade. Le col, offrant les caractères anatomo-pathologiques que je viens d'indiquer plus haut, ne fait plus qu'une saillie d'un centimètre et demi environ au-dessous de l'ouverture vulvaire.

FIG. 3. — Le dessin a été fait quelques jours avant la sortie de la malade, un mois et demi après le second.

La tumeur est rentrée au-dessus de l'ouverture vulvaire, on n'en distingue plus que les parties suivantes lorsque le malade fait un léger effort.

A. Tubercule antérieur du vagin.

B. Lèvre postérieure du col.

C. Partie inférieure de la paroi postérieure du vagin.

FIG. 4. — Les parois antérieures de l'utérus et du vagin sont fendues sur la ligne médiane dans toute leur longueur.

(Observation XV.)

A. Fond de l'utérus.

B. Lèvre postérieure du col offrant trois brides cicatricielles qui se portent de cette vre à la paroi postérieure du vagin.

CC. Chaque moitié de la lèvre antérieure fendue.

DD. Arbre de vie postérieur.

EE. Paroi antérieure du vagin fendue.

F. Urèthre.

GG. Nymphes.

H. Fourchette.

II. Grandes lèvres.

JJ. Deux petits polypes cellulo-vasculaires.

PLANCHE VI.

Les deux figures appartiennent à la même malade (observation XVI).

FIG. 1. — A. Méat urinaire.

B. Paroi antérieure du vagin sous laquelle se dessine la portion herniée de la vessie.

C. Orifice utéro-vaginal du col dévié un peu à droite.

D. Ulcération.

FIG. 2. — Les parties malades sont disséquées et vues par leur côté droit; la paroi latérale droite du vagin est fendue dans toute sa longueur.

AA. Paroi antérieure du vagin.

BB. Paroi postérieure.

CCC. Museau de tanche et orifice du col.

D. Ulcération.

E. L'urèthre, la direction différente que présentent ses deux portions.

FF. Bas fond de la vessie allongé et prolongé dans la partie antérieure de la tumeur.

GG. Uretère entraîné avec la base de la vessie.

Digitized by Google

H. Corps de la vessie.

II. Ligaments antérieurs de la vessie ou vésico-pubiens, se portant obliquement de haut en bas et d'arrière en avant.

JJ. Portion sus-vaginale du col de l'utérus.

K. Corps de l'utérus.

MM. Cul-de-sac antérieur du péritoine se prolongeant jusqu'au niveau du détroit inférieur du bassin.

NN. Cul-de-sac postérieur du péritoine se prolongeant jusque vers le sommet de la tumeur.

OO. Bride péritonéale formée par le feuillet postérieur du cul-de-sac postérieur du péritoine. Cette bride recouvre et entraîne l'extrémité supérieure du rectum vers l'ouverture de la cavité vagino-péritonéale.

PP. Rectum.

Q. Prolongement qu'envoie la paroi antérieure du rectum dans la partie postérieure et supérieure de la tumeur sous-vulvaire.

R. Périnée.

S. Fourchette ou commissure postérieure de la vulve.

T. Ouverture anale.

V. Moitié gauche de la symphyse des pubis.

Y. Moitié gauche du coccyx.

PLANCHE VII.

Les deux figures appartiennent au même sujet (observation XIX.)

FIG. 1. — AA. Rides du tubercule antérieur du vagin.

B. Saillie hémisphérique que forme la vessie sous la paroi antérieure du vagin renversé.

C. Orifice du col. Les deux lèvres sont garnies vers leurs bords de petites tumeurs folliculaires qui renferment un mucus épais, filant, et d'un blanc jaunâtre.

D. Tumeur pleine dont les éléments anatomo-pathologiques et microscopiques sont glanduleux.

E. Extrémité supérieure de la paroi postérieure du vagin, devenue inférieure et recourbée de bas en haut, et d'arrière en avant, de manière à faire partie du plan antérieur de la tumeur.

FFFF. Vaste ulcération faisant tout le tour de la base du museau de tanche, et se continuant avec celles qui siégent sur la face postérieure de la tumeur.

FIG. 2. — La tumeur est représentée par sa face postérieure, le malade étant debout, le tronc fléchi en avant. (Ce dessin a été fait douze jours après l'entrée de la malade.)

A. Ouverture anale.

B. La fourchette ou la commissure vulvaire postérieure refoulée en haut et en arrière par la tumeur.

C. Orifice du col.

DD. Vastes ulcérations.

EEEE. Gouttelettes de muco-pus qui sortent des follicules vaginaux enflammés ; on en remarque de semblables sur l'ulcération de la paroi antérieure.

F. Cicatrice d'une ancienne ulcération.

Digitized by Google

PLANCHE VIII.

FIG. 1. — (Observation XVIII.)

A. Tubercule antérieur du vagin qui cache le méat urinaire.

B. Saillie formée par la vessie sous la paroi antérieure du vagin qui est soulevée.

C. Orifice du col qui est entouré d'une ulcération fongueuse, mollasse et saignante.

FIG. 2. — (Observation XVII.)

A. Méat urinaire dans lequel est introduit une sonde (B), laquelle soulève la paroi antérieure du vagin et la partie correspondante de la vessie (C).

D. Ouverture du col.

FIG. 3. — (Observation XXV.)

A. Méat urinaire.

B. Saillie de la vessie sous la paroi antérieure du vagin.

C. Rides vaginales antérieures.

D. Orifice du col.

FIG. 4. — (Observation XXVII.)

A. Méat urinaire.

B. Rides du tubercule antérieur du vagin.

C. Saillie hémisphérique de la vessie sous la paroi antérieure du vagin.

D. Orifice du col.

EE. Paroi postérieure du vagin, qui descend beaucoup plus bas que la paroi antérieure; elle se recourbe de bas en haut, et d'arrière en avant; aussi l'orifice du col se trouve presque au milieu de la face antérieure de la tumeur.

F. Ulcération.

PLANCHE IX.

Les deux figures appartiennent au même sujet (observation XXI).

FIG. 1.—A. Méat urinaire par lequel est introduit une sonde dans la partie herniée de la vessie.

BBB. Rides et saillies mamelonnées formées par le tubercule antérieur du vagin.

C. Relief que forme à travers la paroi antérieure du vagin et la partie herniée de la vessie, l'extrémité de la sonde introduite dans la cavité vésicale.

D. Sonde.

E. Orifice externe du col utérin.

F. Petit kyste folliculaire.

GG. Ulcérations.

FIG. 2. — Elle représente l'état des organes sept ans après l'opération. La portion latérale droite de la vulve, du vagin et les annexes correspondantes de l'utérus ont été enlevées.

A. Méat urinaire.

B. Vessie.

CC. Moitié latérale gauche de la face interne du vagin.

EE. Deux cicatrices circulaires déprimées en infundibulum, et séparées par une petite bride falciforme.

FF. Ce qui reste de l'utérus; la communication de sa cavité avec celle du vagin est interrompue par la cicatrice.

GG. Cul-de-sac antérieur du péritoine.

Digitized by Google

H. Extrémité inférieure du rectum.
II. Cul-de-sac postérieur du péritoine.
JJ. Traces de la bride que formait très probablement le feuillet rectal du cul-de-sac postérieur du péritoine, lorsque la précipitation existait.
KK. Ligament large et pavillon de la trompe gauches qu'on a fait passer sous le rectum pour ne pas masquer celui-ci et les restes de la bride péritonéale que nous venons d'indiquer.
L. Petit kyste séreux.
MM. Moitié droite de la symphyse pubienne.
N. Périnée.
O. Orifice anal.

PLANCHE X.

Les deux figures appartiennent au même sujet (observation XXVI).

FIG. 1. — A. Méat urinaire.
BB. Rides du tubercule antérieur du vagin.
C. Paroi antérieure du vagin à peine soulevée par un très petit prolongement de la vessie.
D. Orifice vaginal du col de l'utérus.

FIG. 2. — Les parties latérales droites de l'urèthre de la vulve et du vagin, sont enlevées ainsi que les annexes utérines correspondantes.
A. Vessie.
B. Moitié gauche de la surface interne du vagin offrant un grand nombre de rides transversales.
C. Moitié gauche de la cicatrice circulaire qui était au fond du vagin.
D. Portion de la vessie qui fait saillie dans le vagin, et forme le fond de la partie supérieure de la cicatrice.
E. Saillie mamelonnée percée à son centre d'une petite fente transversale. Cette saillie est formée par le reste de l'extrémité supérieure du col.
FF. Corps de l'utérus rétro-versé.
G. Cul-de-sac péritonéal antérieur.
HH. Fausse membrane qui s'étend de la partie antérieure du rectum à la partie gauche du fond de l'utérus.
II. Cul-de-sac postérieur du péritoine.
J. Rectum.

PLANCHE XI.

Les trois figures appartiennent au même sujet (observation XXIV).

FIG. 1. — A. Tubercule antérieur du vagin qui cache le méat urinaire.
B. Saillie formée par la vessie sous la paroi antérieure du vagin.
C. Orifice du col.
D. Sillon demi-circulaire à concavité supérieure qui sépare la base du col de l'extrémité supérieure de la paroi postérieure du vagin, qui descend beaucoup plus bas que la paroi antérieure, et se recourbe de bas en haut, et d'arrière en avant, pour faire partie du plan antérieur de la tumeur marquée
EE. Portion de la paroi postérieure du vagin qui forme la partie la plus déclive de la

Digitized by Google

masse. C'est dans cette partie de la tumeur qu'était logé le fond de l'utérus, placé ainsi beaucoup plus bas que son col.

FF. Ulcérations.

FIG. 2. — Cette figure, où l'utérus et ses annexes ont été représentés sans avoir été disséqués, montre que ces parties étaient parfaitement saines. Elles sont libres de toute adhérence, soit entre elles, soit avec les parties voisines, et ont conservé leur épaisseur et leur transparence normales.

A. Vessie.

B. Uretère droit dilaté.

C. Corps de l'utérus.

DD. Rectum.

EE. Restes de la bride péritonéale formée par le feuillet postérieur du cul-de-sac postérieur du péritoine.

F. Petit kyste séreux.

FIG. 3. — La même pièce, dont on a enlevé la paroi latérale droite du vagin, afin de montrer l'état de la partie inférieure de l'utérus, de l'extrémité supérieure du vagin et du fond de la vessie.

A. Petit mamelon circulaire qui représente l'ancien museau de tanche.

B. Orifice extérieur de la cavité du col.

C. Cicatrice circulaire et déprimée qui est au fond du vagin, et entoure le mamelon A.

D. Partie postérieure du fond de la vessie qui fait saillie à nu dans le cul-de-sac vagino-utérin antérieur, qui par le fait de l'opération est devenu un cul-de-sac vésico-utérin.

E. Fond du cul-de-sac péritonéal antérieur.

F. Fond du cul-de-sac péritonéal postérieur.

PLANCHE XII.

Les deux premières figures appartiennent à la même malade (observation XXX).

FIG. 1. — Avant l'amputation du col.

A. Méat urinaire dans lequel est introduite une sonde B.

C. Rides du tubercule antérieur du vagin.

D. Paroi antérieure du vagin soulevée et dilatée par la partie herniée de la vessie.

EEEE. Portion sous-vaginale du col et museau de tanche qui sont le siége d'un engorgement et d'une hypertrophie excentrique considérables.

FF. Orifice inférieur de l'utérus.

G. Ulcération qui siége tout à la fois sur le vagin et sur la base du col.

FIG. 2. — Dessinée un mois et demi après l'amputation du col.

A. Méat urinaire.

B. Tubercule antérieur du vagin.

C. Cystocèle.

D. Cicatrice déprimée de l'ulcération (G, figure 1) qui siégeait sur la paroi antérieure du vagin.

E. Rectocèle.

F. Fente transversale qui mène dans la cavité du vagin.

GG. Anciennes hémorrhoïdes flétries.

Digitized by Google

H. Saillie formée par l'hypertrophie de l'un des plis de la membrane muqueuse de l'extrémité inférieure du rectum.

FIG. 3. — Les figures 3, 4 et 5 appartiennent à la même malade (observation XXIX).

A. Paroi vaginale antérieure; on ne voit ni le méat urinaire, ni le tubercule antérieur du vagin.

B. Museau de tanche.

C. Extrémité supérieure de la paroi postérieure du vagin.

FIG. 4. — Portion enlevée du col de l'utérus.

AA. Stylet qui parcourt la cavité du col.

B. Museau de tanche.

CCCC. Les principaux coups de bistouri qui ont été portés en dédolant sur cette partie.

D. Extrémité du col qui se continuait avec le reste de l'utérus.

FIG. 5. — AA. Aspect du fond du vagin et de la cicatrice du col utérin, vus à l'aide d'un spéculum.

PLANCHE XIII.

Les trois premières figures appartiennent à la même malade (observation XXXI).

FIG. 1. — A. Méat urinaire.

B. Paroi antérieure du vagin.

CC. Base du col.

D. Orifice rétréci et froncé du col uterin.

E. Ulcération irrégulière qui existe autour de l'orifice du col, et qui est surtout étendue en avant et à droite.

FIG. 2. — Portion enlevée du col de l'utérus.

AA. Stylet qui parcourt la cavité du col.

B. Orifice du col et ulcération qui l'entoure.

C. Extrémité du col qui a été séparée du reste de l'utérus.

DDDD. Les principaux coups de bistouri.

FIG. 3. — Dessinée un mois et demi après l'amputation du col; elle représente une cystocèle.

A. Méat urinaire.

B. Tubercule antérieur du vagin.

C. Hernie de la vessie qui pousse au-devant d'elle la paroi antérieure du vagin, et forme une tumeur globuleuse qu'il faut soulever de bas en haut, et d'arrière en avant, pour pénétrer dans le vagin.

FIG. 4. — Les figures 4 et 5 appartiennent à la même malade (observation XXXIII).

A. Rides du tubercule antérieur du vagin.

B. Paroi antérieure du vagin; saillie de la vessie.

C. Orifice du col qui se présente sous la forme d'une fente transversale.

DD. Ulcérations.

FIG. 5. — Elle montre au fond d'un spéculum la cicatrice froncée et infundibuliforme qui est le résultat de l'opération.

Digitized by Google

Digitized by Google

Fig. 1.

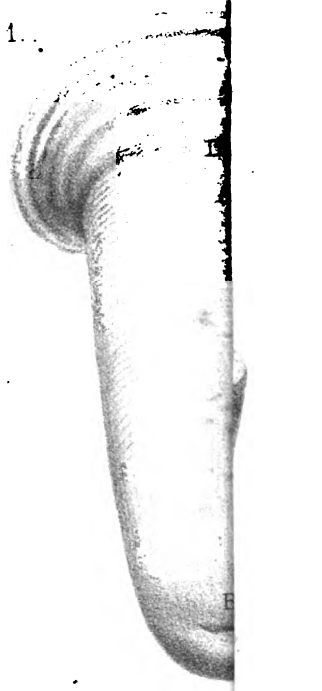


Fig. 4.

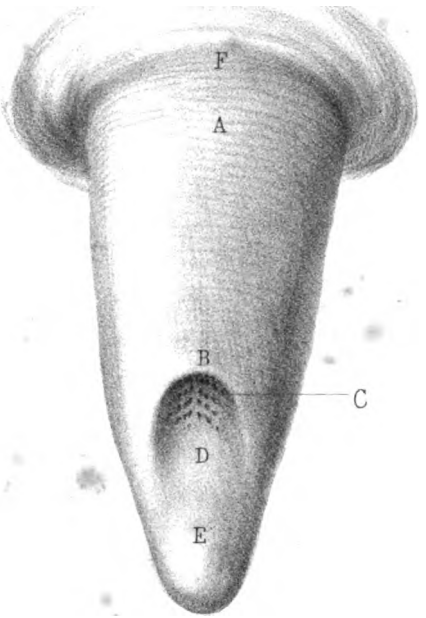
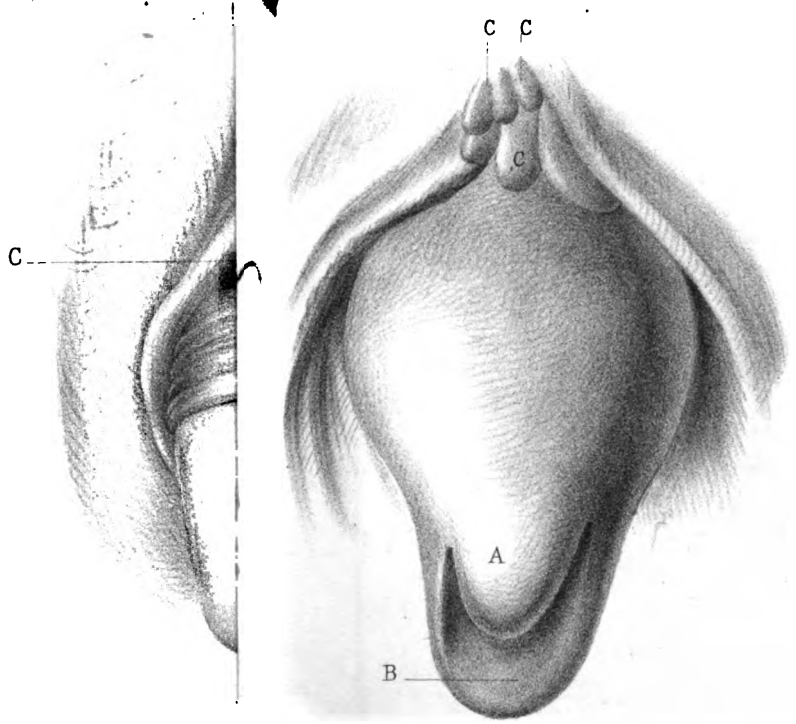


Fig. 8.

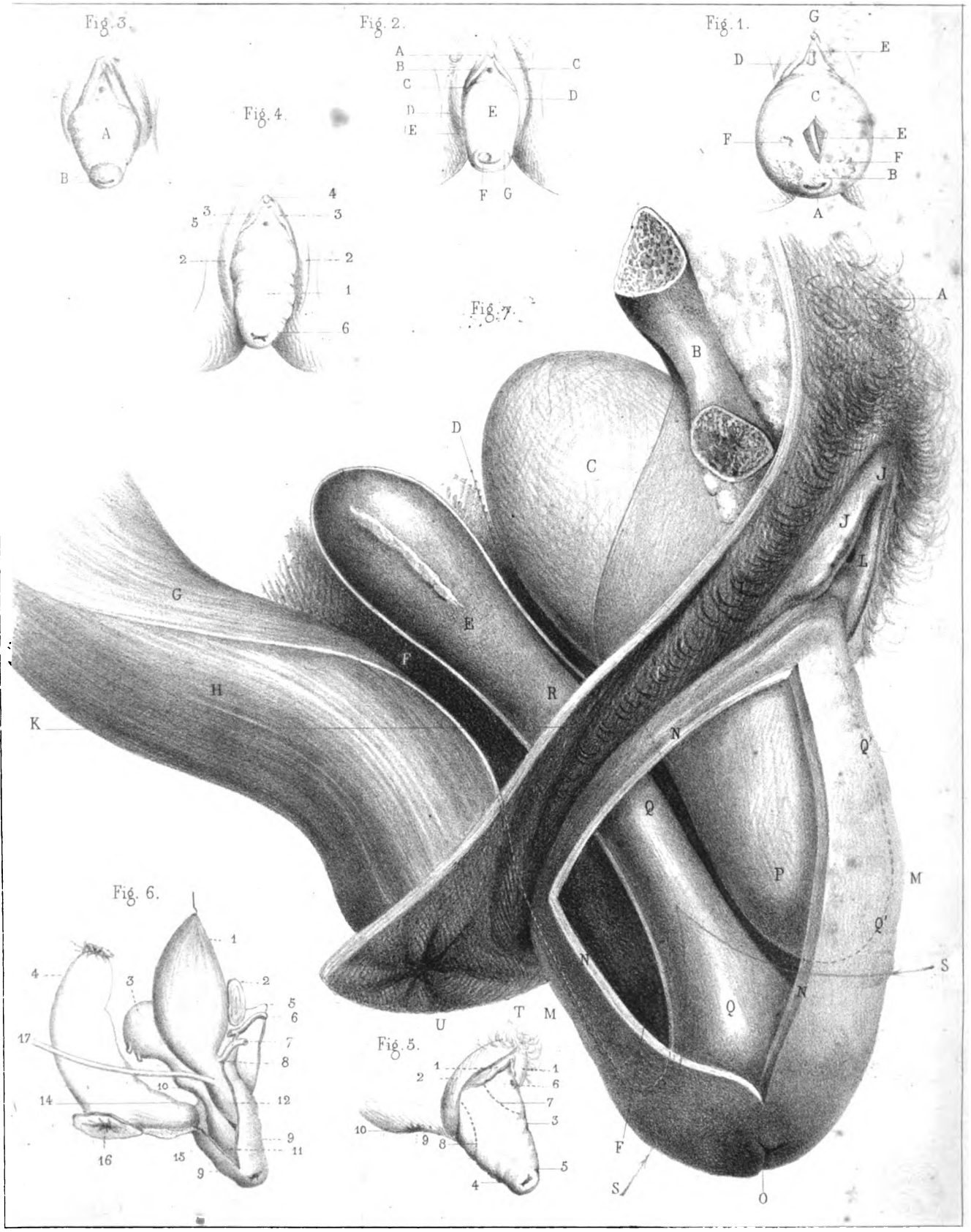


P. Lackerbauer del et lith.

Lith. Becquet frères.

Digitized by Google

Digitized by Google

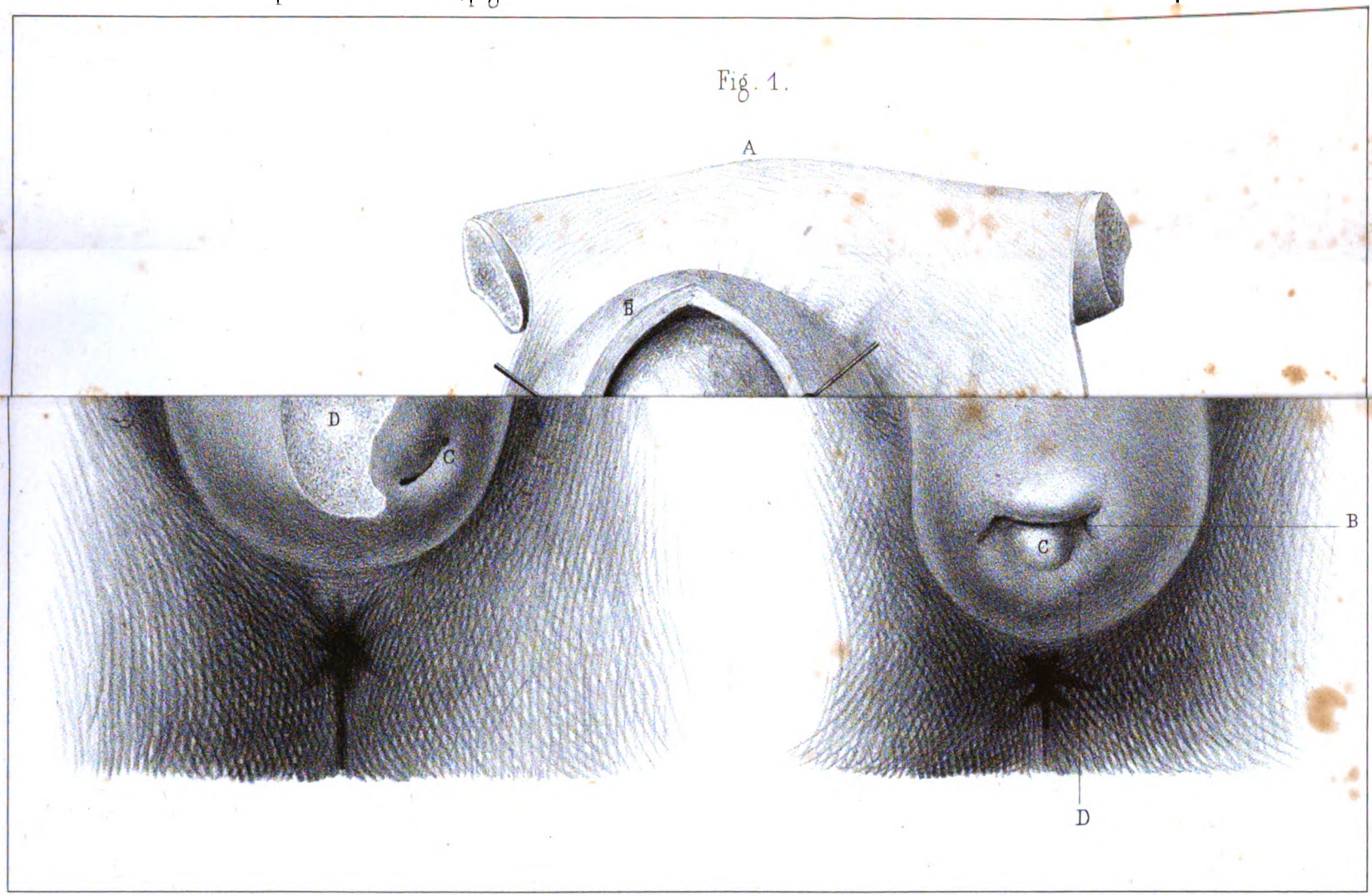


Blackerbauer del et lith. Librairie de J.B. Baillière et fils. Lith Becquet frères

Digitized by Google

Digitized by Google

Fig. 1.



P. Lackerbauer del et lith. Librairie de J.B. Baillière et fils. Lith. Becquet frères.

Digitized by Google

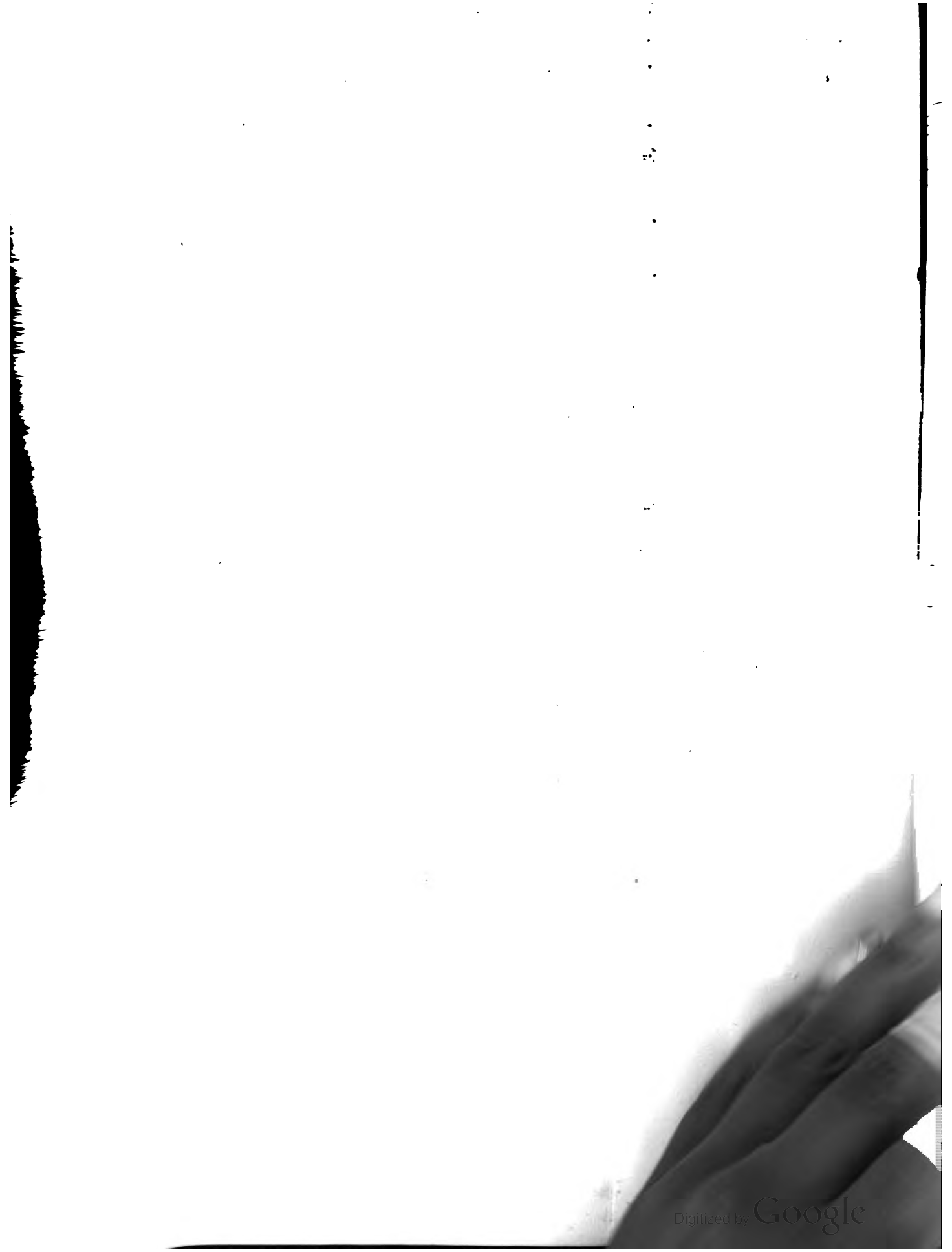
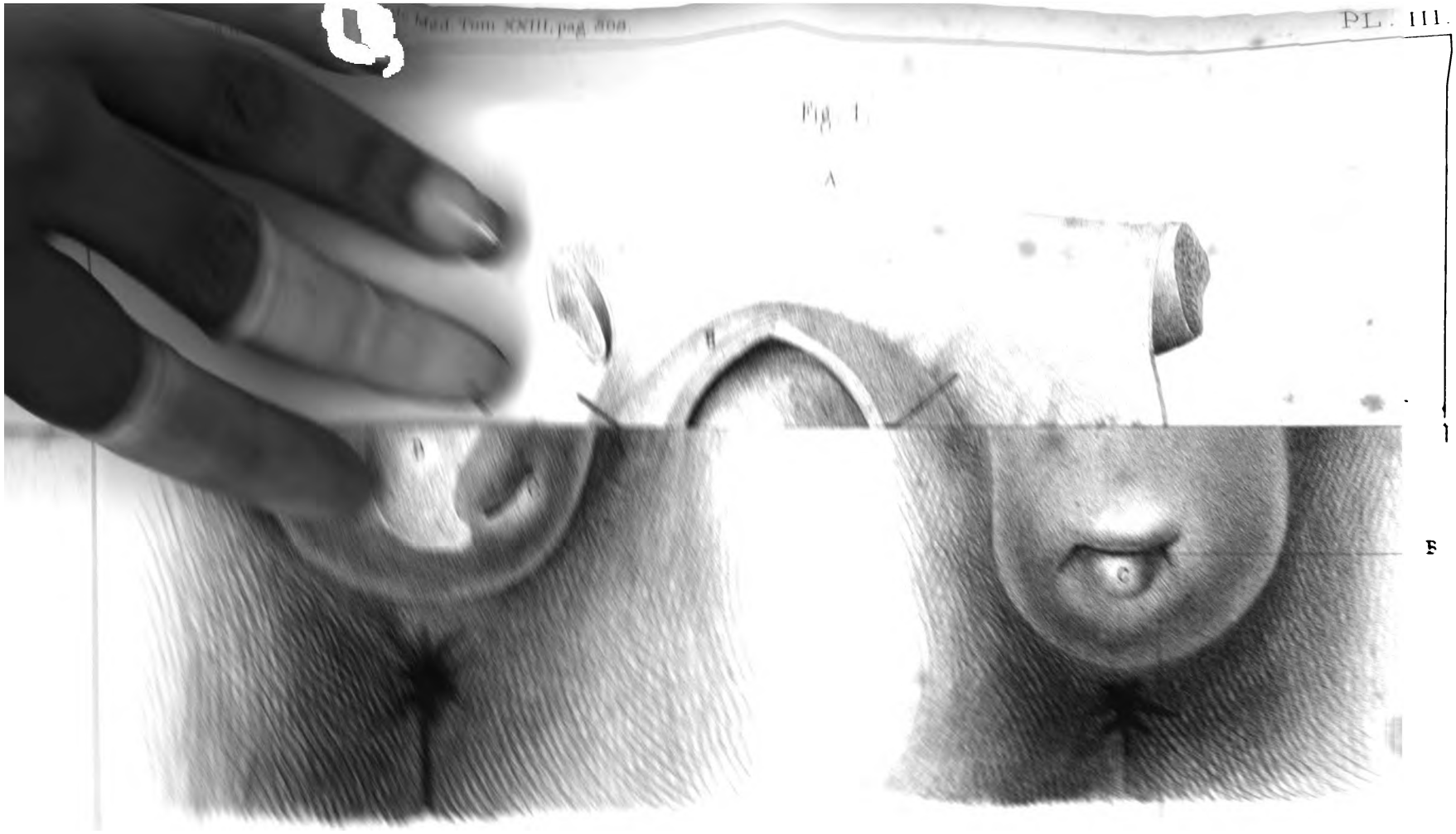

Digitized by Google

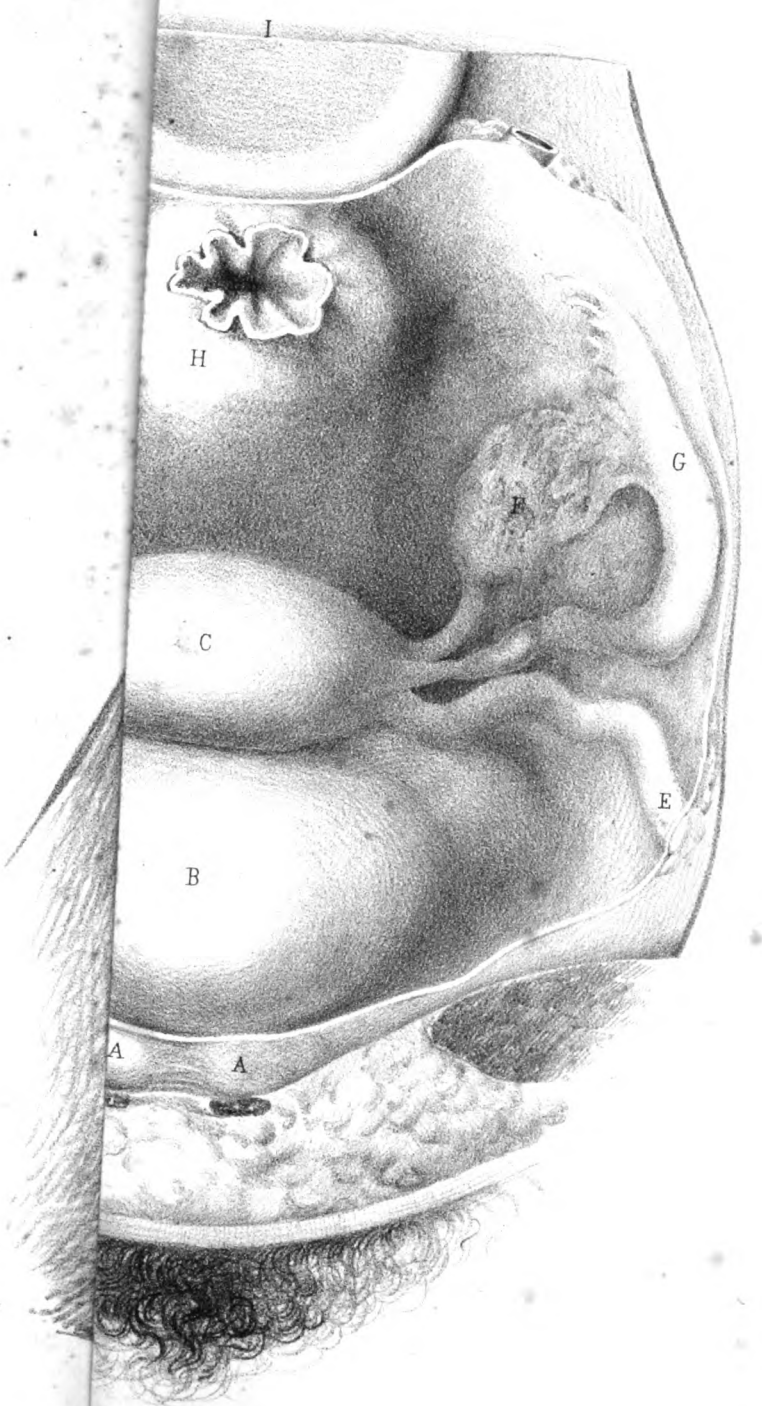
Fig. 1.



Digitized by Google

Digitized by Google

Fig. 2.



P. Lackerbauer del et lith.

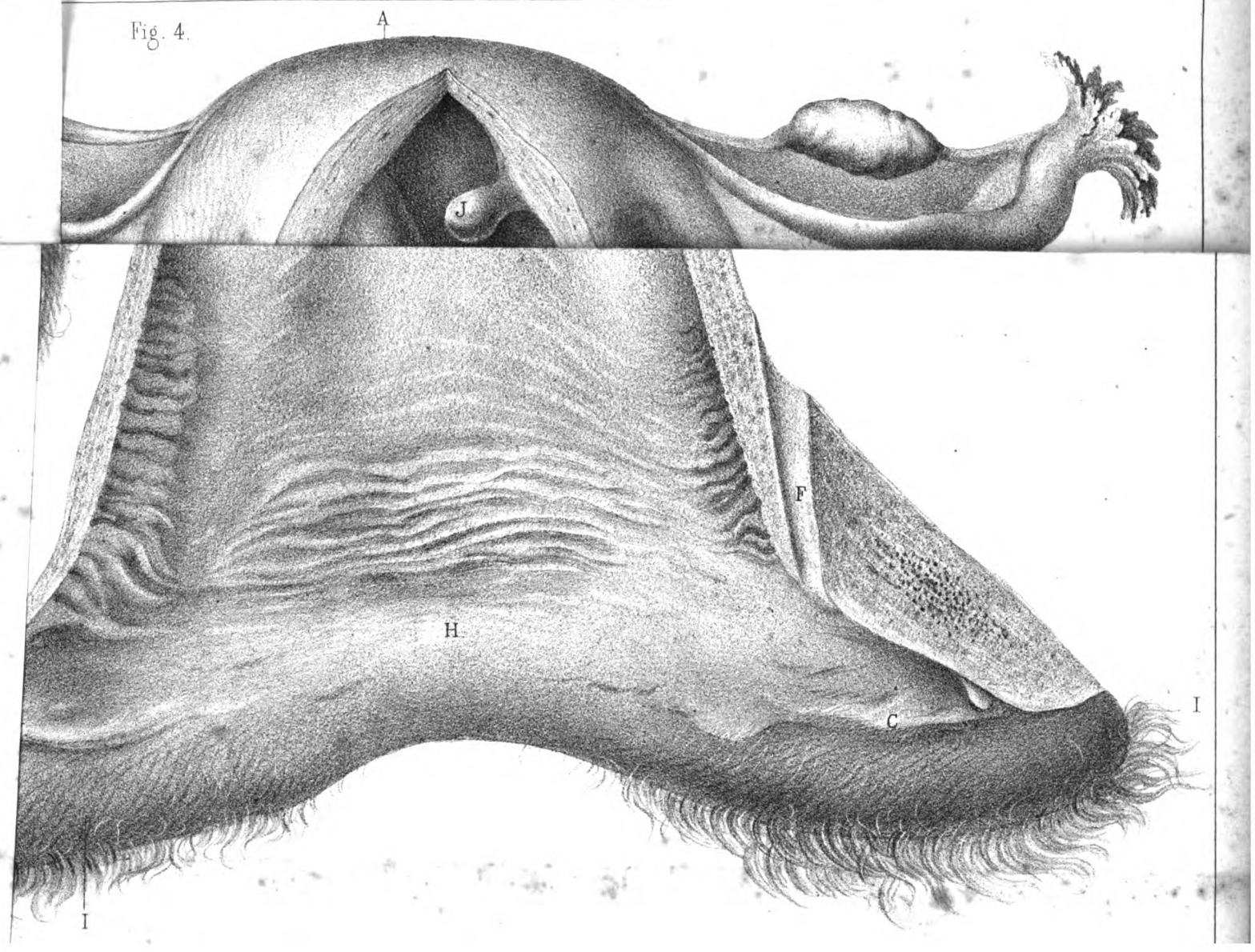
Lith. Becquet frères.

Digitized by Google

Digitized by Google

... de l'Académie Imp. de Méd. Tom. XXIII, pag. 508.

Fig. 4.

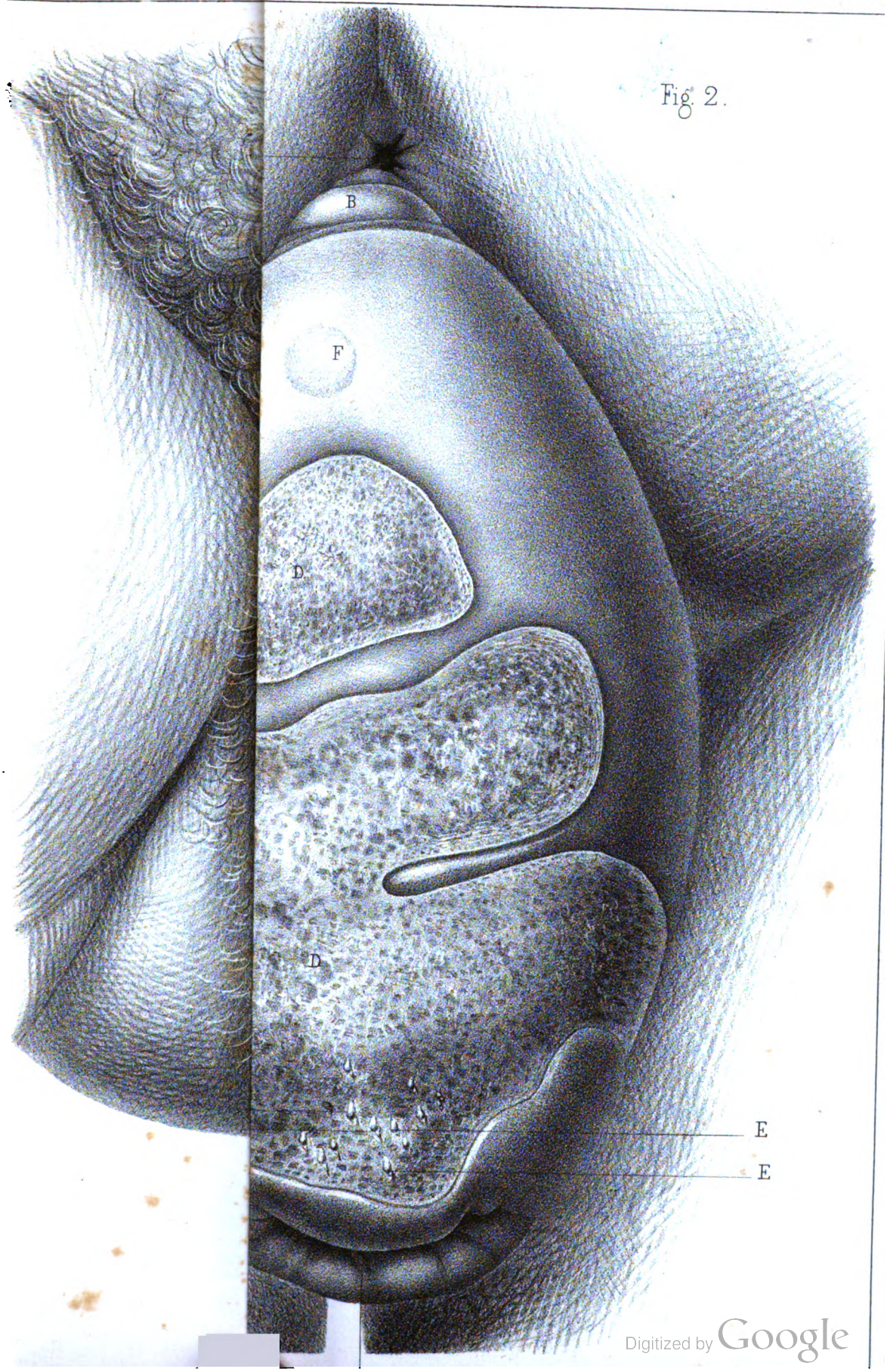


P. Lackerbauer del. ... Lith. Becquet frères.

Digitized by Google

Digitized by Google

Fig. 2.



Digitized by Google

Digitized by Google

Fig. 2.

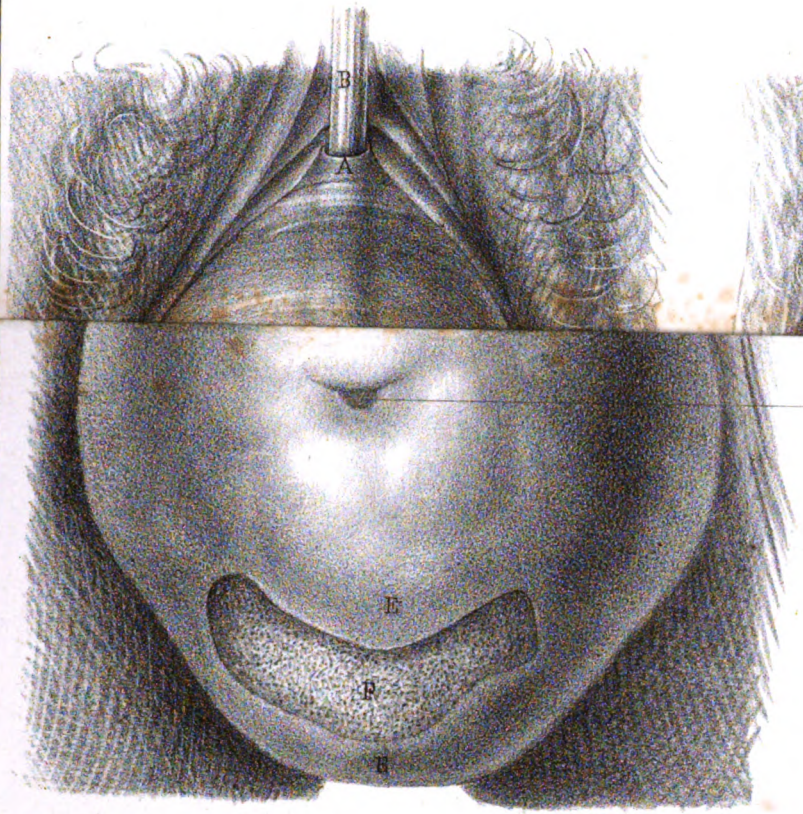
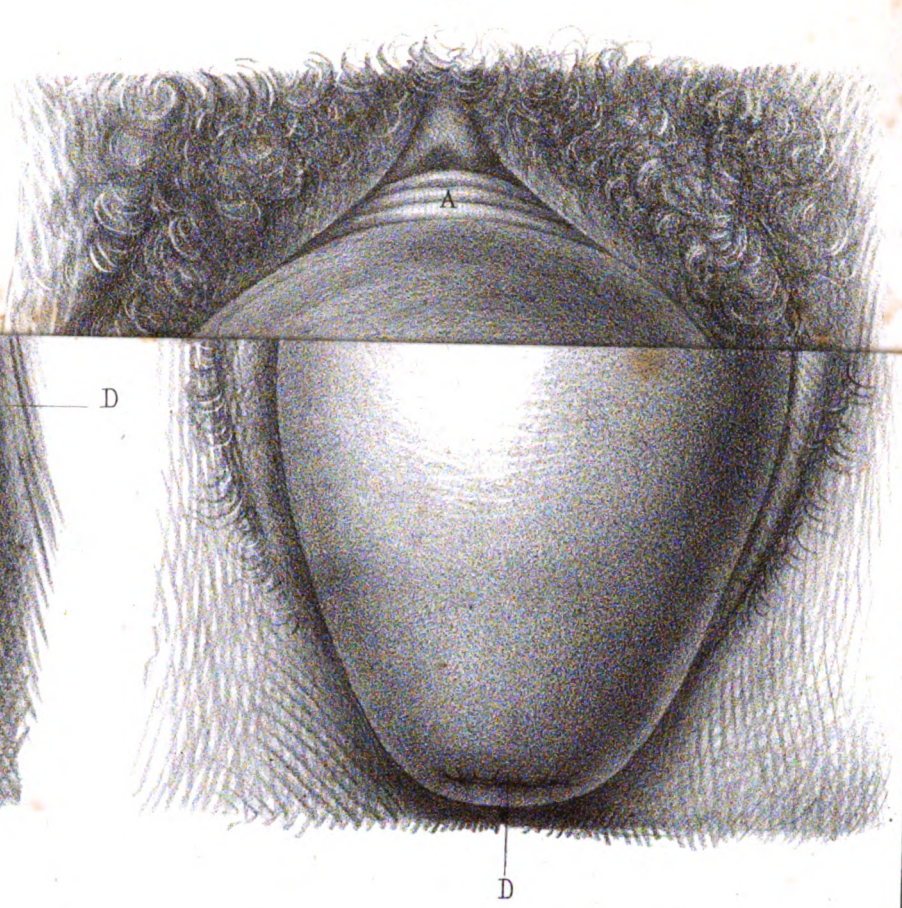


Fig. 1.



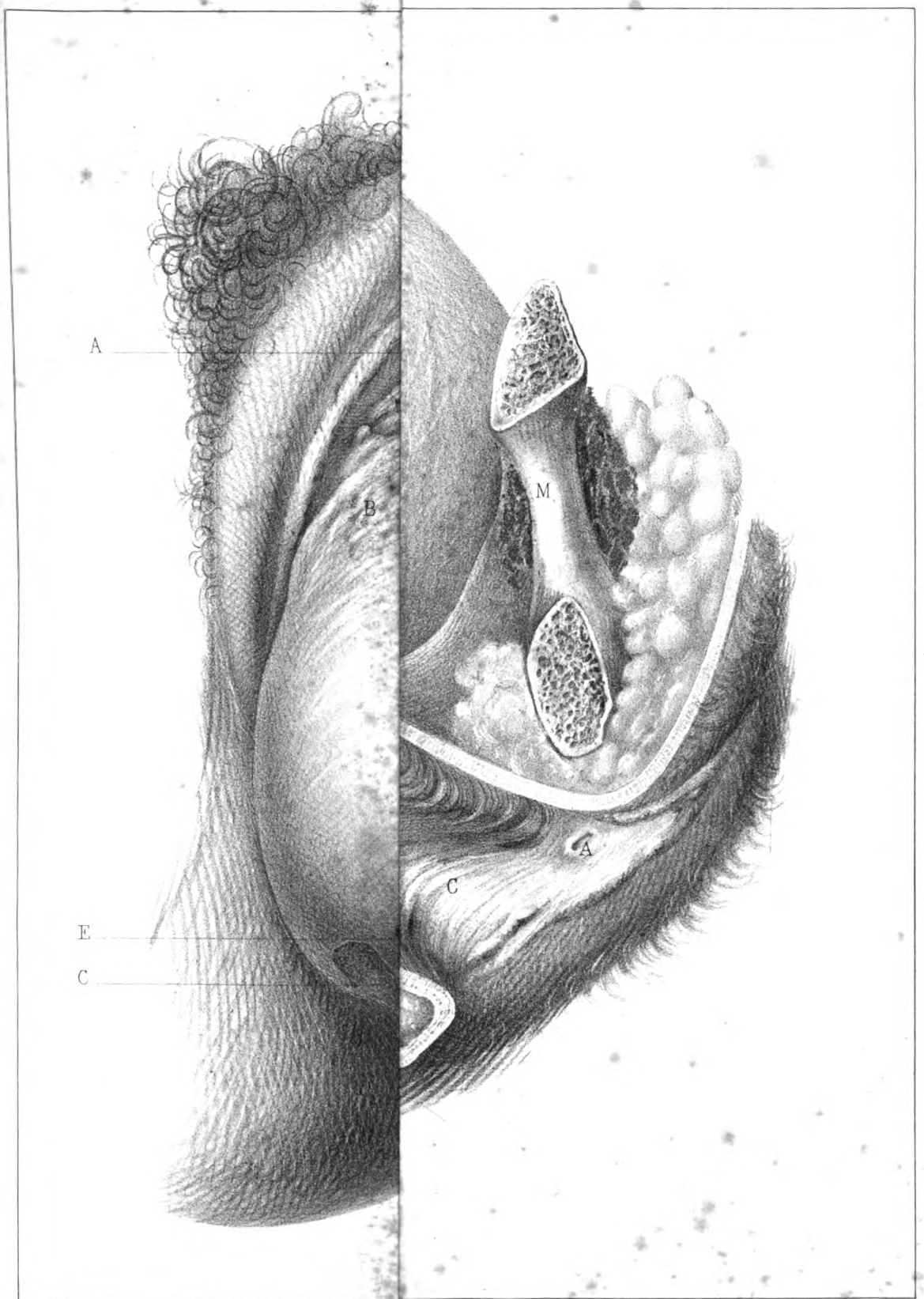
P. Lackerbauer del et lith.

Librairie de J.B. Baillière et fils.

Lith. Becquet frères.

Digitized by Google

Digitized by Google



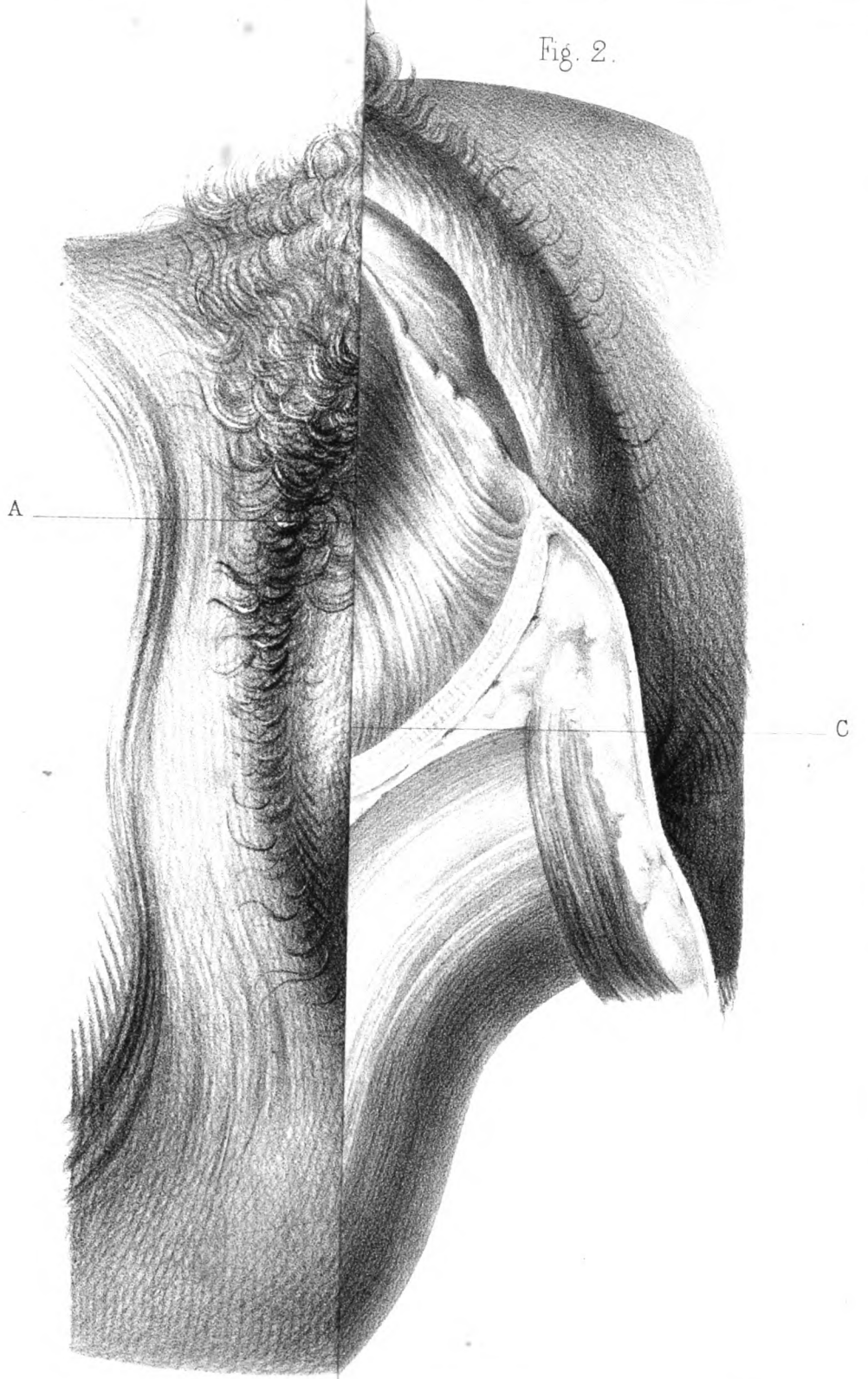
P. Lackerbauer del et lith.

Lith. Becquet frères.

Digitized by Google

Digitized by Google

Fig. 2.



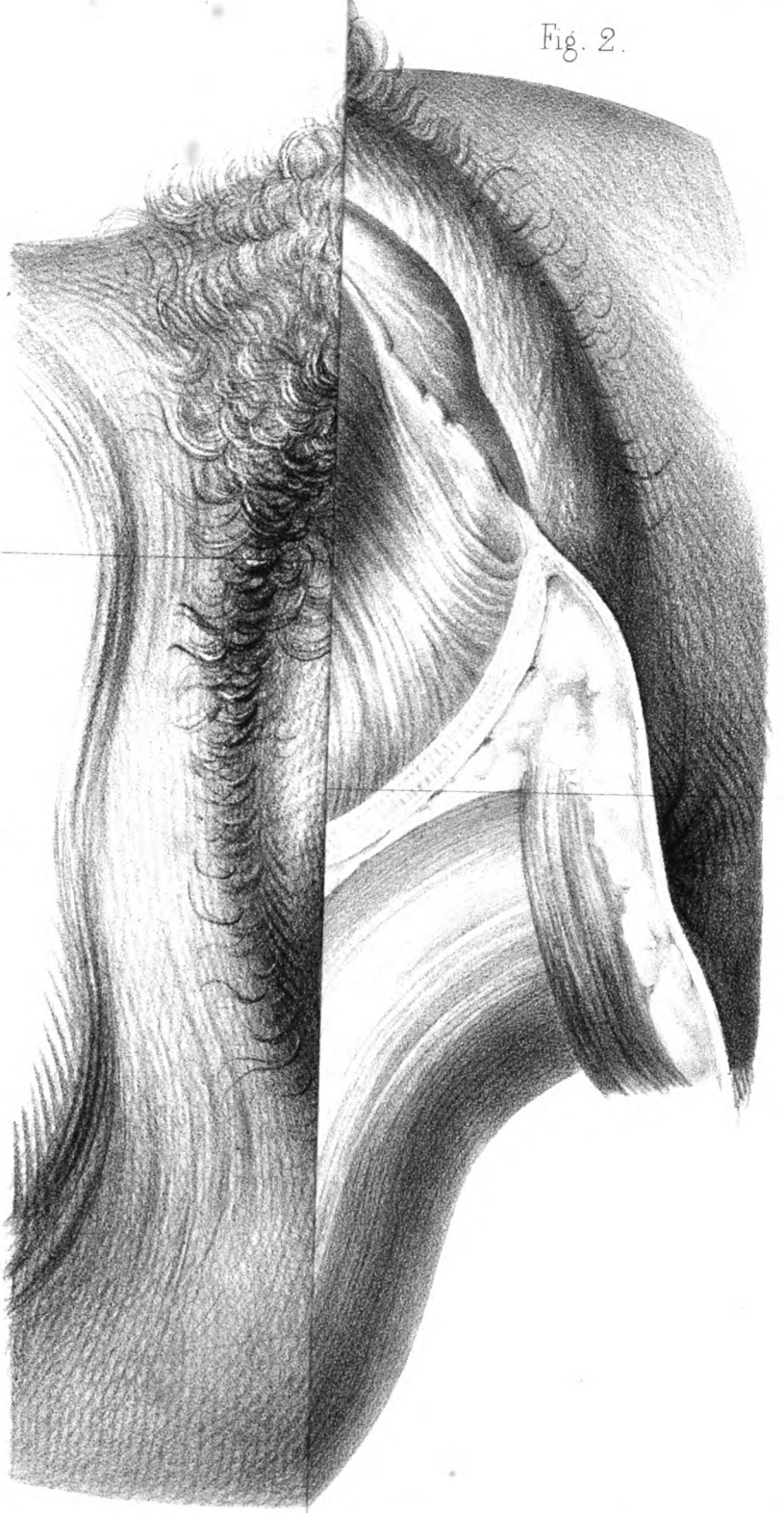
P. Lackerbauer del et lith.

Lith. Becquet frères.

Digitized by Google

Digitized by Google

Fig. 2.



P. Lackerbauer del et lith.

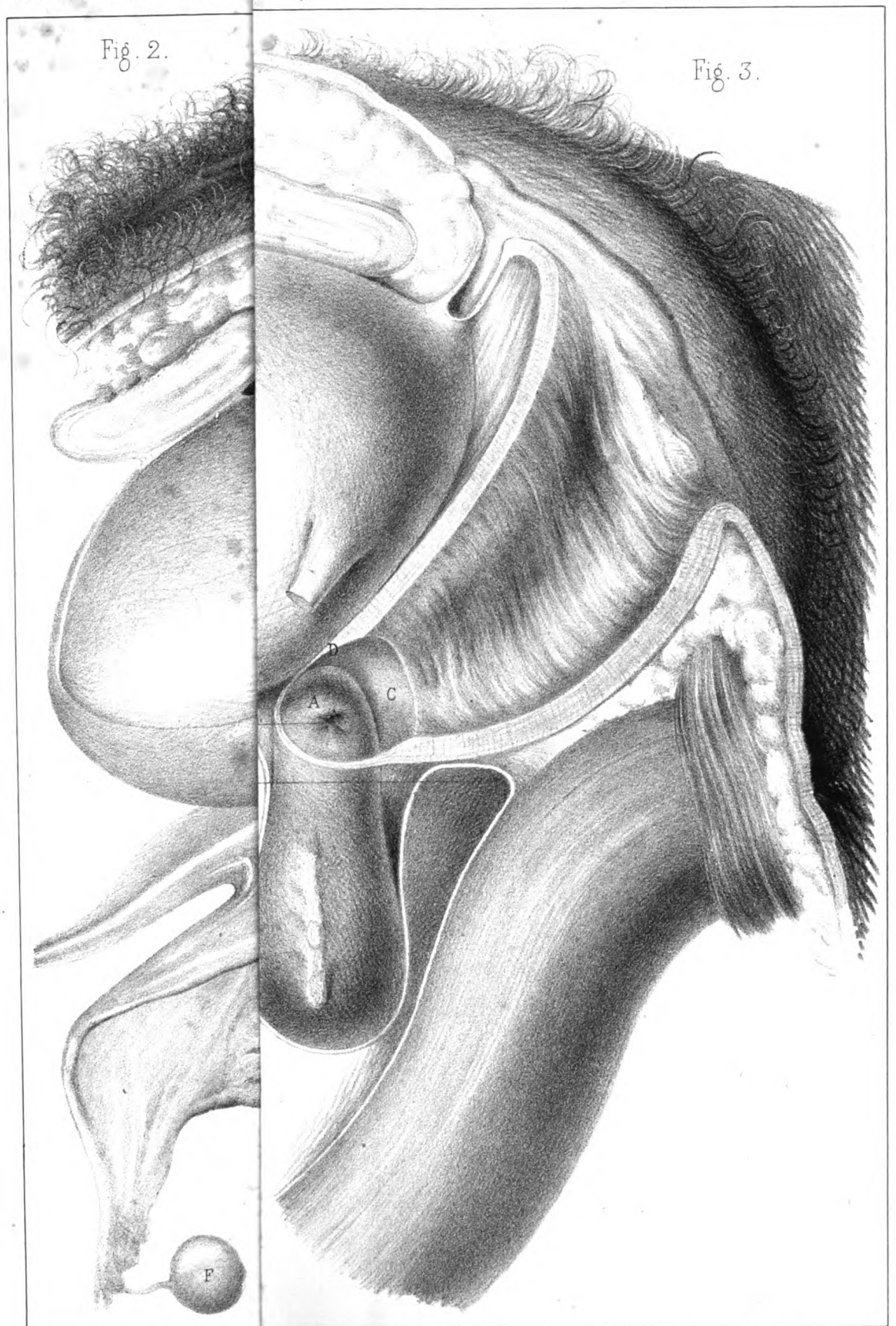
Lith. Becquet frères.

Digitized by Google

Digitized by Google

Fig. 2.

Fig. 3.



P. Lackerbauer del et lith.

Lith Becquet Frères.

Digitized by Google

Digitized by Google

Fig. 1.

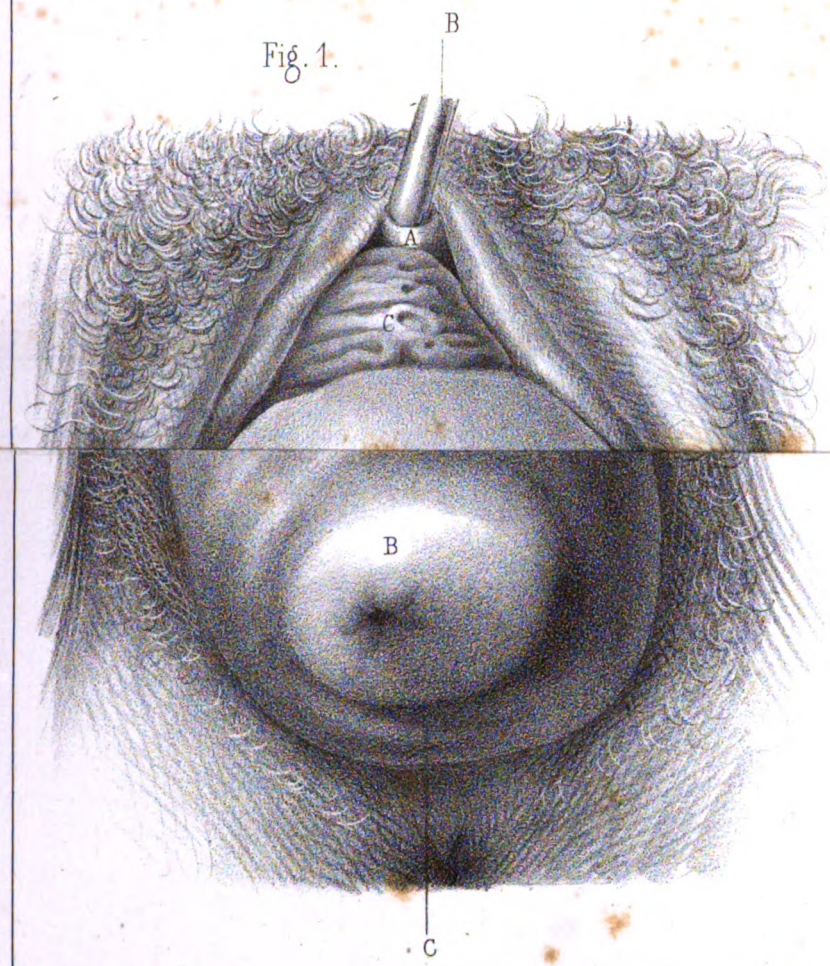
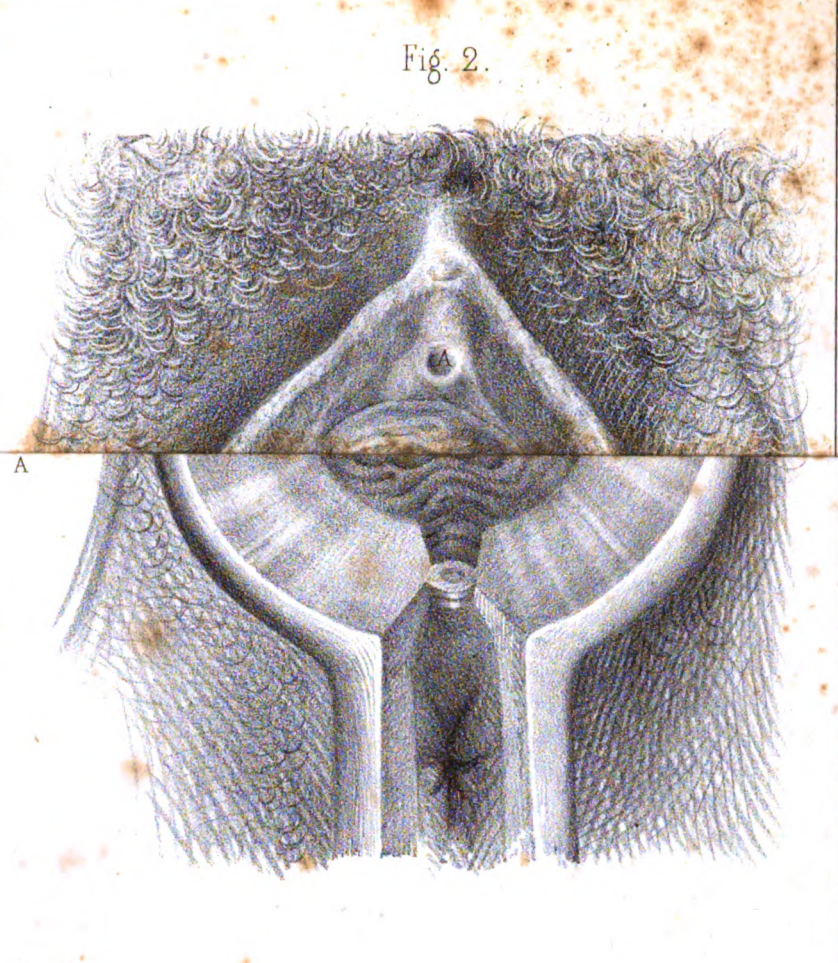


Fig. 2.



P. Lackerbauer del et lith. Librairie de J.B. Baillière et fils. Lith. Becquet frères.

Digitized by Google

Digitized by Google

Fig. 1.

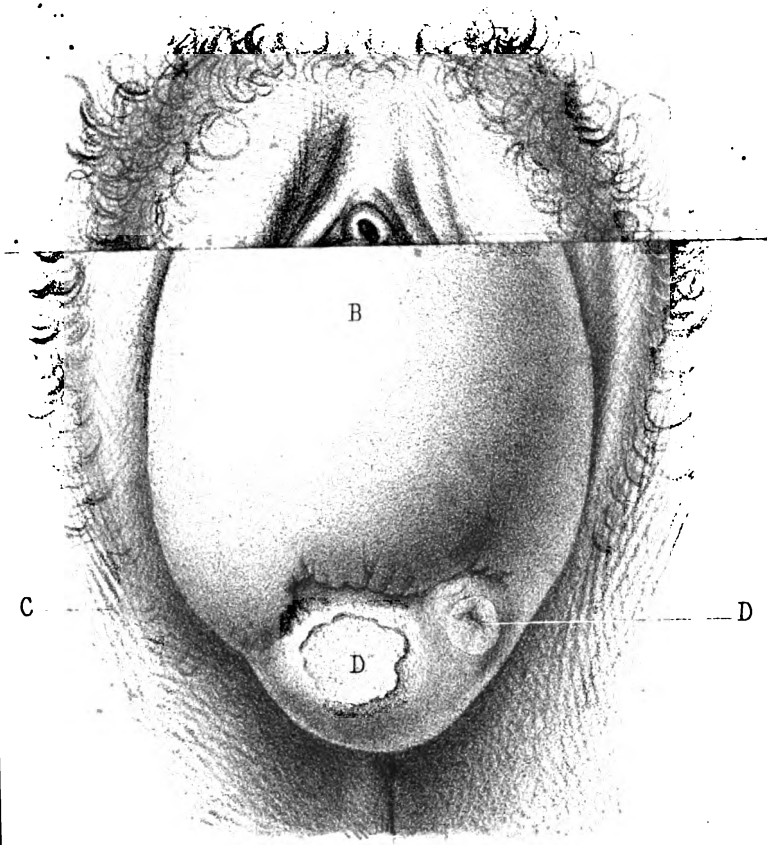
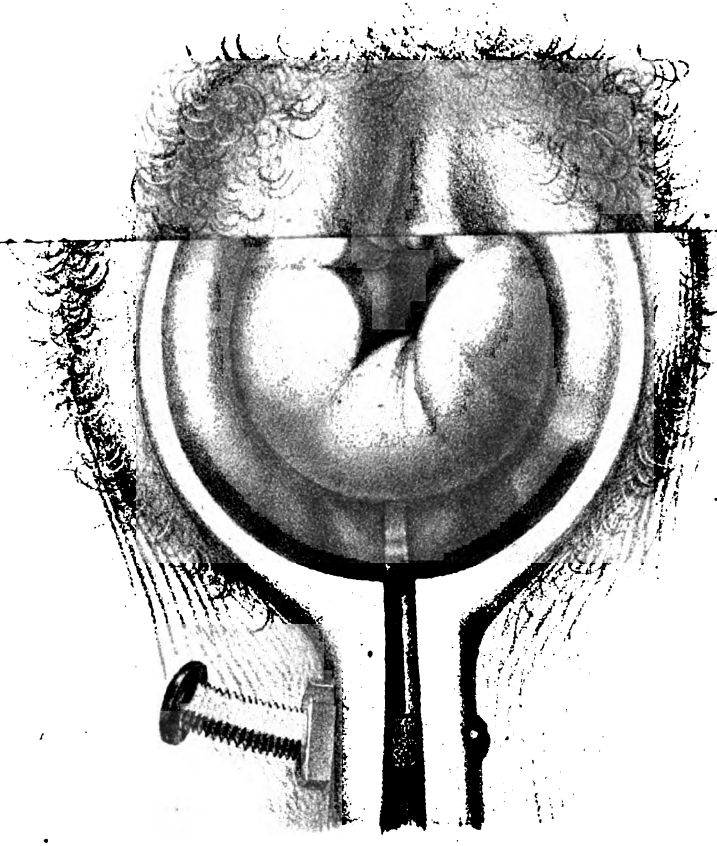


Fig. 3.



P. Lackerbauer del et lith.

Librairie de J.B. Baillière et fils.

Lith. Becquet frères.

Digitized by Google

Digitized by Google

TABLE DES MATIÈRES.

Règlement de l'Académie impériale de médecine v
Liste des membres de l'Académie impériale de médecine. xiij

PREMIÈRE PARTIE. — HISTORIQUE.

Éloge de M. Guéneau de Mussy, par M. Fr. Dubois. 1

Rapport sur les épidémies qui ont régné en France en 1857, fait au nom de la Commission des épidémies, et lu à l'Académie impériale de médecine, le 20 novembre 1857, par M. Trousseau. XXIX

Des perfectionnements apportés au traitement des rétrécissements de l'urèthre et autres maladies des voies urinaires (période de 1850 à 1856). — Rapport de la Commission sur les mémoires envoyés à l'Académie, par M. Laugier. LIII

Rapport général à S. Exc. M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, **sur le Service médical des eaux minérales de la France pendant l'année 1858**, fait au nom de la Commission des eaux minérales, et lu à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 24 novembre 1858, par M. A. Guérard. LV

SECONDE PARTIE. — MÉMOIRES.

Où finit la raison? Où commence la folie? au point de vue de la criminalité de l'action dans la folie transitoire homicide? — Lecture faite à l'Académie de médecine le 14 décembre 1858, par M. Alph. Devergie. . . 1

Anatomie pathologique des kystes de l'ovaire et de ses conséquences pour le diagnostic et le traitement de ces affections, par M. Louis Bauchet (*Mémoire couronné par l'Académie dans la séance du 14 décembre* 1858) 19

Introduction. — Division et plan du sujet. 19

PREMIÈRE PARTIE. — Histoire anatomo-pathologique des kystes de l'ovaire. 22

Chapitre I. — Caractères anatomiques des kystes de l'ovaire. 22

Article Ier. — (Kystes simples). 25

Digitized by Google

Digitized by Google

TABLE DES MATIÈRES.

Règlement de l'Académie impériale de médecine. 5

Liste des membres de l'Académie impériale de médecine. 6

PREMIÈRE PARTIE. — HISTOIRE 107

Éloge de M. Guéneau de Mussy, par M. B. 107

Rapport sur les épidémies qui ont régné en 1857, fait au nom de la Commission de 108

impériale de médecine, le 20 novembre 1857, par 108

Des perfectionnements apportés au traitement des rétrécissements de l'urètre et autres affections des voies urinaires (période de 1850 à 1857 *stic*). 109

sur les mémoires envoyés à l'Académie, par 110

Rapport général à S. Exc. M. 112

et des travaux publics, sur le service . . . . . ire (*séreux*, ... 112

nérales de la France pendant 112

la Commission des eaux minérales 113

dans la séance du 24 novembre 1857, par 113

SECONDE PARTIE. 117

Où finit la raison? Du 117

de la criminalité et de l'aliénation 118

l'Académie de médecine, par 118

Anatomie pathologique 119

conséquences 121

affections 123

dans 123

. 124

. 126

. 127

. 127

. 130

. 120

. 133

. 133

Digitized by Google

§ I. Siége. 26
§ II. Forme. 26
§ III. Structure. 29
§ IV. Contenu 34
§ V. Rapports généraux des kystes de l'ovaire. 42
1. Rapports avec la paroi abdominale. 42
2. Rapports avec l'intestin. 43
A. Rapports avec l'intestin grêle. 43
B. Rapports avec le gros intestin. 43
3. Rapports avec l'épiploon. 44
4. Rapports avec la vessie. 44
5. Rapports avec les uretères. 45
6. Rapports avec les trompes et les ligaments ronds. 45
7. Rapports avec l'utérus 46
8. Rapports avec le vagin. 47
9. Rapports avec les vaisseaux et nerfs voisins. 47
§ VI. Complications. 48
1. Adhérences. 48
2. Ouvertures spontanées. 49
3. Inflammation de la poche. 51
4. Plaques gangréneuses. 52
5. Ruptures. 53
Art. II. — (Kystes composés) 58
Art. III. — (Kystes anormaux de l'ovaire). 65
1. Kystes hydatiques. 65
2. Tumeurs enkystées embryonnaires. 66
CHAPITRE II. Caractères anatomiques des tumeurs qui peuvent simuler les kystes de l'ovaire. 70
Art. Ier. — (Tumeurs liquides). 70
1. Kystes du ligament large. 70
2. Kystes des trompes. 71
3. Tumeurs enkystées du péritoine. 75
4. Tumeurs enkystées hydatiques ou séreuses du mésentère et de la cavité abdominale. 76
5. Kystes de l'utérus. 70
6. Hématocèle rétro-utérine. 79
7. Abcès froids, kystes du foie, des reins, etc. 80
Art. II. — (Tumeurs solides) 81
A. Tumeurs molles. 81
B. Tumeurs dures. 87
C. Tumeurs mixtes. 87

Digitized by Google

DEUXIÈME PARTIE. — HISTOIRE CLINIQUE DES KYSTES DE L'OVAIRE. . . . 90
CHAPITRE Ier. — Caractères cliniques des kystes de l'ovaire. 91
Art. Ier. — Symptômes. 91
§ I. Symptômes locaux des kystes de l'ovaire renfermés dans la cavité pelvienne 92
§ II. Symptômes locaux des kystes de l'ovaire situés au-dessus du détroit supérieur du bassin. 93
§ III. Symptômes fonctionnels. 96
§ IV. Symptômes de voisinage. 97
§ V. Symptômes généraux. 100
Art. II. — Complications. 102
Art. III. — Marche 105
Art. IV. — Durée. 106
Art. V. — Terminaisons. 107
1° Résorption spontanée. 108
2° Évacuation naturelle 108
3° Inflammation spontanée. 109
4° Rupture. 110
5° Épuisement, marasme, etc. 112
CHAPITRE II. — Caractères différentiels des kystes de l'ovaire (*Diagnostic*). . 112
Diagnostic des diverses variétés de kystes ovariques. 112
1° Si le kyste est placé dans le petit bassin 112
2° Si le kyste est situé dans la cavité abdominale 113
Diagnostic des diverses variétés des kystes de l'ovaire (*séreux*, *gélatineux*, etc.) 113
Diagnostic. Petit volume. Pas de troubles fonctionnels. 117
Diagnostic. Petit volume. Avec troubles fonctionnels. 117
Diagnostic différentiel avec :
1. Tumeurs d'un petit volume. 118
2. Tumeurs d'un volume moyen. 118
A. Tumeurs non fluctuantes. 119
B. Tumeurs fluctuantes. 121
3. Tumeurs d'un volume considérable 123
A. Tumeurs non fluctuantes. 123
B. Tumeurs fluctuantes. 124
CHAPITRE III. — Étiologie 126
CHAPITRE IV. — Pronostic et traitement. 127
Art. Ier. — Pronostic. 127
Art. II. — Traitement. 130
A. Traitement médical 130
B. Traitement chirurgical. 133
1° *Traitement palliatif*. 133

Digitized by Google

Trois méthodes :
Ponction, manière de la pratiquer, précautions, etc. 136
Ponctions vaginales. 136
Danger des ponctions 137
Guérisons à la suite d'une simple ponction. 137
Morts rapides. 138
Accidents, inflammations, hémorrhagies, etc. 140
Résumé. 141
2° *Traitement curatif*. 143
Trois méthodes :
A. — Suppuration du kyste. 144
1° Incision. 144
2° Excision partielle du kyste 145
3° Canule à demeure. 145
4° Tube séton. 149
B. — Extirpation de la tumeur. 151
Divers procédés. 151
C. — Modifications des parois du kyste. 153
Injection iodée 156
Manière de la pratiquer. 157
Faut-il avoir tout de suite recours à l'injection ? 158
Dans quels kystes doit-elle être pratiquée ? 159
Quelle quantité de teinture d'iode faut-il injecter ? 161
Peut-on injecter de la teinture d'iode pure ? 163
Douleur vive au moment de l'injection. 164
Ponctions répétées. 168
Reproduction trop prompte du liquide 169
A quelle époque faut-il opérer ? 170
Résumé. 170
Galvanopuncture 172
Rupture artificielle. 172
CHAPITRE V. — Traitement des accidents. 173

Observation sur l'anaplastie de l'urèthre, par M. le docteur GAILLARD. *Mémoire couronné par l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 14 décembre* 1858 (*avec une planche*).

1° Deux cas d'uréthroplastie, suivie de guérion. 175
2° Thécoplastie de l'urèthre 183

Opération d'anus artificiel, par M. le docteur J. ROCHARD (*avec une planche*). 195

Digitized by Google

Mémoire contenant la description anatomo-pathologique des diverses espèces de cataractes capsulaires et lenticulaires, par M. le docteur CH. ROBIN. 205

REMARQUES PRÉLIMINAIRES. 205

PREMIÈRE PARTIE. — Anatomie pathologique des cataractes capsulaires . . 205

§ I. — Description générale et classification 205

§ II. — Cataracte capsulaire néo-membraneuse 208

§ III. — Cataractes capsulaires crayeuses. 222

DEUXIÈME PARTIE. — Anatomie pathologique des cataractes lenticulaires. . 229

§ I. — Description générale 229

§ II. — Classification des cataractes lenticulaires. 233

§ III. — Description particulière des espèces de cataractes lenticulaires. . 236

Première espèce. Cataractes lenticulaires molles. 236

Deuxième espèce. Cataracte liquide, morgagnienne ou laiteuse. . . . 253

Troisième espèce. Cataracte dure. 256

Quatrième espèce. Cataracte pierreuse ou crétacée. 259

§ IV. — État du cristallin dans les yeux atteints de mélanose de la cavité du globe de l'œil. 262

RÉSUMÉ de l'anatomie pathologique des cataractes. 264

Mémoire sur un point d'anatomie pathologique relatif à l'histoire de la cirrhose, par M. le docteur PH.-C. SAPPEY, *lu à l'Académie impériale de médecine, le 8 mars* 1859. 269

Sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus dans les affections désignées sous les noms de descente, de précipitation de cet organe et sur leur traitement, par la résection ou l'amputation de la totalité du col, suivant la variété de la maladie, par M. le docteur P.-C. HUGUIER (*avec treize planches*). 279

PREMIÈRE PARTIE. — Allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col de l'utérus (museau de tanche). 282

DEUXIÈME PARTIE. — Allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col de l'utérus, sa sortie au dehors de la vulve. . . . 325

CHAPITRE I. — Considérations générales et historiques 325

CHAPITRE II. — Caractères anatomo-pathologiques et signes physiques de l'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale de l'utérus 344

CHAPITRE III. — Caractères et signes physiologico-pathologiques, ou

Digitized by Google

troubles fonctionnels qui accompagnent l'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col et la chute de l'utérus. . . . 397

CHAPITRE IV. — Examen des causes et de leur mode d'action. 406

CHAPITRE V. — Considérations sur les indications thérapeutiques de l'allongement hypertrophique de l'utérus et de ses principales complications. Opérations chirurgicales que réclame la cure radicale de ces affections 418

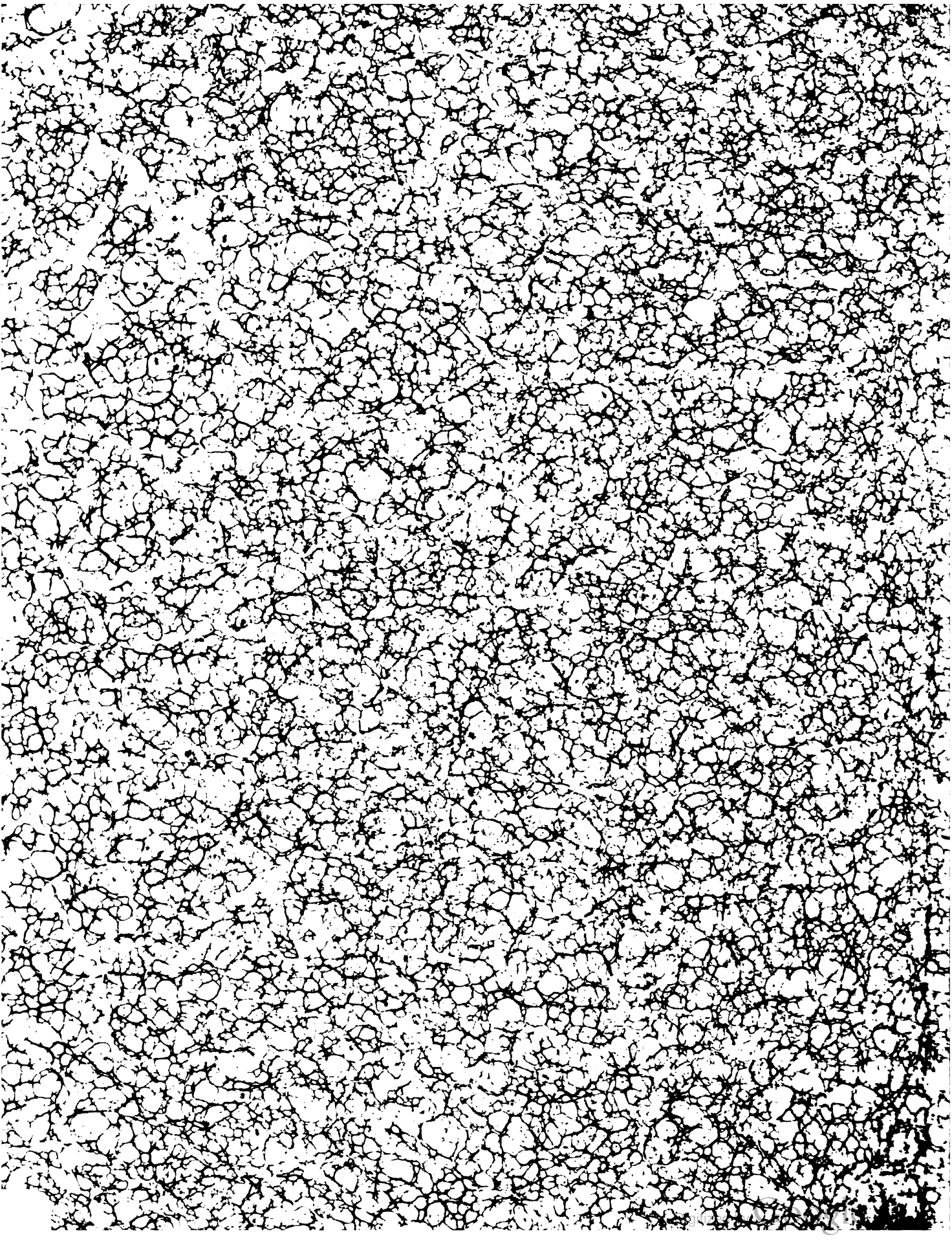
FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES DU TOME VINGT-TROISIÈME.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google



UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 07018 0115

Digitized by Google